# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

448

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Samedi 25 Juillet 1908, à 1 heure*

PAR

P. SIMIDOFF

DE LA

# PSYCHASTÉNIE

*Président :* M. RAYMOND, *professeur*

*Juges* { MM. JOFFROY, *professeur*
FERNAND BEZANÇON, *agrégé*
CLAUDE, *agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE, Éditeur
*15, Rue Racine, 15*

1908

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | **M. LANDOUZY** |
| **Professeurs** | MM. |
| **Anatomie** | NICOLAS |
| **Physiologie** | Ch. RICHET |
| **Physique médicale** | GARIEL |
| **Chimie organique et Chimie générale** | GAUTIER |
| **Parasitologie et histoire naturelle médicale** | BLANCHARD |
| **Pathologie et thérapeutique générales** | BOUCHARD |
| **Pathologie médicale** | BRISSAUD<br>DEJERINE |
| **Pathologie chirurgicale** | LANNELONGUE |
| **Anatomie pathologique** | Pierre MARIE |
| **Histologie** | PRENANT |
| **Opérations et appareils** | QUENU |
| **Pharmacologie et matière médicale** | POUCHET |
| **Thérapeutique** | GILBERT |
| **Hygiène** | CHANTEMESSE |
| **Médecine légale** | THOINOT |
| **Histoire de la médecine et de la chirurgie** | Gilbert BALLET |
| **Pathologie expérimentale et comparée** | ROGER |
| **Clinique médicale** | HAYEM<br>DIEULAFOY<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| **Maladies des enfants** | HUTINEL |
| **Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale** | JOFFROY |
| **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques** | GAUCHER |
| **Clinique des maladies du système nerveux** | RAYMOND |
| **Clinique chirurgicale** | LE DENTU<br>BERGER<br>RECLUS<br>SEGOND |
| **Clinique ophtalmologique** | De Lapersonne |
| **Clinique des maladies des voies urinaires** | ALBARRAN |
| **Clinique d'accouchements** | PINARD<br>BAR<br>RICHEMONT-DESSAIGNES |
| **Clinique gynécologique** | POZZI |
| **Clinique chirurgicale infantile** | KIRMISSON |
| **Clinique thérapeutique** | Albert ROBIN |

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBREDANNE |
| BRANCA | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BEZANÇON (Fer.) | DUVAL (Pierre) | LENORMANT | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LŒPER | RENON |
| BROCA (André) | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL, chef des travaux anat. |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | SICARD |
| CASTAIGNE | JOUSSET (André) | MORESTIN | ZIMMERN |
| CLAUDE | LABBE (Marcel) | MULON | |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

*Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

MONSIEUR LE LIEUTENANT-COLONEL E. MOLLOFF

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. RAYMOND

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique des Maladies du Système nereux
Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière

DE

# LA PSYCHASTÉNIE

---

## AVANT-PROPOS

Dans la mêlée sociale, l'homme, porteur d'une hérédité ancestrale, est esclave du milieu et joue son rôle et sa vie.

En vain, il proclame sa liberté, son individualisme et son libre arbitre, l'état social le domine.

Il est libre, juste autant que la société n'a pas besoin de lui.

C'est une cellule d'un grand organisme, où il a sa place et son rôle.

Si par hasard, il se dérobe à cet organisme, il tombe en déchéance, car vivre c'est fonctionner.

Dans l'un et l'autre cas, la machine humaine peut subir des perturbations.

Si l'intelligence périclite ou s'éteint chacun s'en aperçoit.

Mais lorsqu'elle brille et par conséquent cache les sombres coins de notre Moi, qui peut s'apercevoir des tares qu'elle dissimule ?

Si le vulgaire, dans son langage imagé, dit d'un homme : « C'est un détraqué », c'est déjà quelque chose.

Mais lorsque le médecin prononce les mots : neurasthénique, dégénéré, déséquilibré, etc., ces mots ne correspondent à rien de défini.

Parler ainsi est peut-être juste à un certain degré, mais cela manque de précision.

La médecine avant tout est une science et un art, et, comme telle, elle exige des données plus positives.

Le grand mérite de l'Ecole de la Salpêtrière est d'avoir montré l'entité morbide des états obsédants et d'avoir fait leur classification. Mais, à notre sens, ce mérite est aussi ailleurs . La doctrine, même quand elle est vraie, n'avance que lentement ; le jour où elle arrivera aux oreilles de l'éducateur, les milliers de malades que nous coudoyons à chaque pas, avec qui nous partageons la vie de tous les instants, seront moins nombreux.

Et s'il nous est impossible de pouvoir trouver le bonheur rêvé, au moins que des maux soient épargnés, que des cœurs innombrables soient soulagés par *une meilleure éducation de la volonté.*

Paris, juin 1908.

## PATHOGÉNIE

Une pathogénie réelle et complète des troubles de l'esprit, à l'heure actuelle, est impossible.

Et personne ne songe à admettre la possibilité de troubles morbides sans modification organique.

Que ces modifications ne soient pas de déformation ou de destruction des éléments figurés de nos tissus, mais des modifications biochimiques ou physiques, qu'on les appelle encore dynamiques ou fonctionnelles par opposition aux maladies nerveuses organiques, cela revient quand même à supposer ces lésions, car autrement il serait incompréhensible d'affirmer qu'il existe des effets sans causes.

Dans l'ignorance où nous sommes des fonctions du système nerveux, une explication psychologique reste seule possible.

Trois sortes de théories principales ont été proposées : les théories intellectuelles, les théories émotionnelles et les théories psychasthéniques.

### *Les théories intellectuelles*

Pour Westphal l'obsession est un trouble avant tout intellectuel, dont l'élément idéatif est le symptôme principal.

L'idée obsédante est indépendante des états émotifs, lesquels seraient une simple réaction.

Mikle dit : « L'idée impérative est le grand facteur, les troubles émotifs peuvent être considérés comme secondaires et sont dus au conflit entre l'idée et la volonté ».

L'objection que l'on peut faire à cette théorie c'est qu'une idée est un phénomène psychologique complexe, et si une idée devient obsédante, c'est parce qu'il y a un trouble psychologique antérieur.

### *Les théories émotionnelles*

Les partisans de ces théories sont ceux qui avec Morel en font un trouble morbide à base émotive.

Pitres et Régis qui adoptent entièrement cette théorie en ont fait un exposé très complet dans le travail qui a été présenté au Congrès de Médecine de Moscou en 1897.

D'après ces auteurs : « l'émotion n'est que la conscience des variations neuro-vasculaires ».

Cette définition de l'émotion bien qu'elle soit attribuée à MM. Lange et à James n'est au fond qu'une conception très ancienne de Malebrache, disciple de Descartes.

L'émotivité ainsi entendue est variable suivant les individus, « il y en a qui sont doués à cet égard d'une susceptibilité particulière : ce sont les émotifs ».

Dans un premier groupe de cas cette émotivité est diffuse et produit une sorte de panophobie. Ces

malades vivent dans un état de peur continuelle, c'est l'attente anxieuse de Freud.

Dans un second groupe de cas cette émotivité vague et diffuse se précise, se systématise, monophobie ; par exemple, certaines personnes ont des peurs anxieuses à propos de certains fruits. du sang, des hauteurs, d'un animal, etc.

La transformation du premier groupe dans le second groupe peut se faire, surtout à l'occasion d'un choc : la panophobie serait un stade préparatoire.

Quant aux états obsédants idéatifs, c'est-à-dire à ceux dans lesquels l'état anxieux, toujours à la base, se traduit sous une forme intellectuelle ou d'idée, ce sont les obsessions.

L'obsession n'est donc qu'une phobie ayant perdu son caractère de simple trouble émotif pour prendre, par le fait de son évolution, celui de trouble à la fois émotif et intellectuel.

Ce qu'on peut seulement remarquer en général, c'est que plus l'obsession tend à s'intellectualiser, plus son substratum émotif s'atténue.

Cette théorie réalise un progrès sur la précédente : elle pénètre plus profondément la nature de l'état obsédant. Au lieu de considérer comme donné et comme primitif l'état le plus complexe, l'idée obsédante, les auteurs veulent partir d'un phénomène plus simple, l'émotivité.

Mais ce qui est plus important à considérer, ce sont les malades qui tout en étant des obsédés ne

présentent pas de troubles émotionnels. Et il y a d'autres malades chez qui, au moment où ils essayent de lutter contre leurs obsessions, apparaît seulement la crise d'angoisse.

D'autre part les travaux de MM. Vaschide et Marchand ont montré que les phénomènes physiologiques suivent souvent les phénomènes de conscience (1).

Aussi MM. Vaschide et Marchand, dans une étude expérimentale sur un cas d'eurotophobie, concluent-ils ainsi : « L'idéation du sujet provoque une association qui à son tour suggère une émotion d'attente et d'angoisse et les phénomènes neuro-vasculaires ne sont nullement la source de ces changements intellectuels ou émotifs. »

Enfin M. Arnaud au Congrès de Neurologie de Limoges, en 1901, a de nouveau discuté l'interprétation émotionnelle et conclut : 1° L'affectivité n'a pas d'existence distincte, mais fait partie intégrante de l'état psychique. 2° L'accès émotif est un accident important mais passager.

Cette théorie émotionnelle paraît par un côté trop vague et par un autre côté trop restreinte.

Elle est vague, car si l'émotion ne consiste que dans les palpitations du cœur, les respirations irrégulières, les bouffées de rougeur, elle va être exactement la même dans les émotions normales et dans

---

1. Voir, à ce propos, la première observation de notre thèse.

les obsessions. Un homme en colère et un homme qui a peur ont les mêmes phénomènes ; faut-il conclure que la colère normale et la peur normale sont identiques à une crise d'obsession ? Et si c'est l'exagération qui donne le caractère pathologique, est-ce là une distinction suffisante ?

Elle est restreinte, parce que beaucoup d'obsessions se sont développées à la suite de troubles intellectuels et non pas à la suite de troubles émotionnels.

Enfin n'y a-t-il pas des troubles de l'émotion elle-même ?

Plus souvent qu'on ne le croit, il se présente des malades avec absence d'émotion et même indifférence.

Certains malades arrivent à l'obsession en cherchant à interpréter leurs froideurs.

*Les théories psychasthéniques.* — « Ce sont celles, écrit M. Raymond, qui prennent pour point de départ suivant M. Janet, un certain affaiblissement psychologique capable de rendre compte à la fois des émoi ons, des angoisses, des idées et des aboulies. »

Au lieu de considérer comme fait essentiel l'idée obsédante ou comme point de départ l'angoisse émotionnelle, il faudrait étudier le rôle des insuffisances psychologiques qui se rencontrent chez les malades.

« Ce serait encore chercher dans un trouble élémentaire la raison des phénomènes complexes plus apparents, mais ce serait choisir pour lui faire jouer

ce rôle une altération plus élémentaire et plus profonde (1). »

Des théories de ce genre ont déjà été indiquées à plusieurs reprises, mais d'une manière vague.

C'est une théorie de ce genre que MM. Raymond et Arnaud ont adopté sur un cas de délire, de doute et de toucher.

Les auteurs insistent à plusieurs reprises pour montrer que l'aboulie est le phénomène principal.

Avant eux les troubles de la volonté avaient été déjà signalés mais d'une façon vague par Hack-Tuke, Boissier, Séglas, Ballet, Roubinovitch, Del Greco et Ed. B. Angell.

Mais M. Jamet remarque que le mot « volonté » désigne des phénomènes complexes et qu'il faut chercher dans un trouble élémentaire la raison des altérations qui puisse expliquer l'aboulie elle-même. C'est ainsi que M. Jamet propose également une théorie psychasthénique qui démontre les troubles plus généraux et plus élémentaires.

Voici ce qu'il écrit à ce propos : « Le phénomène élémentaire qui est troublé chez l'obsédé est-il une émotion ou une volonté, quand il n'est probablement ni l'un ni l'autre ? Un acte de volonté est un phénomène complexe aussi bien qu'une émotion et il n'est pas probable qu'un phénomène élémentaire soit identique à l'un ou à l'autre.

« Il en résulte que suivant les préférences des

---

1. P. Janet. *Les Obsessions et la Psychasthénie*, p. 470.

auteurs il peut sans plus de raisons d'ailleurs être appelé « émotions » ou être appelé « volonté ». Le rôle de la psycologie n'est pas de continuer ces querelles de mots, mais de chercher par analyse à mettre en évidence des phénomènes nouveaux, c'est-à-dire des phénomènes qui n'étaient pas connus ni dénommés dans cet état de simplicité.

C'est un peu ce que j'essayé de faire quand j'ai cherché à montrer que le phénomène essentiel de l'état mental des hystériques était « le rétrécissement du champ de la conscience ». La formation du champ de la conscience n'est à proprement parler ni un fait d'intelligence, ni un fait de sensibilité, et je ne me rattachais ni aux théories intellectualistes, ni aux théories sensualistes, mais je cherchais à décrire un phénomène plus profond que l'idée ou le sentiment tels qu'on les observe d'une manière superficielle.

« Je voudrais faire un travail du même genre à propos des obsédés et chercher si les stigmates psychasthéniques ne mettent pas en évidence un phénomène psychologique simple, capable de jouer un rôle important et d'expliquer par ses altérations les troubles de la volonté et de l'émotion. »

Les psycho-névroses sont comme une fenêtre ouverte sur l'âme humaine, car l'intelligence étant conservée chez les malades, le médecin, et surtout si ce médecin est en même temps un psychologue, a toutes les chances de vérifier ses observations, de contrôler ses expériences.

Dans ce cas, les malades sont d'un concours pré-

cieux pour le savant : la pathologie mentale et la psychologie unies se complètent l'une et l'autre. La pathologie mentale offre les faits qui complètent ou modifient les connaissances théoriques de la psychologie, celle-ci donne les conceptions et les expériences créent de nouveaux faits qui enrichissent nos connaissances psychologiques.

Depuis longtemps M. Janet travaille pour établir les divers degrés d'une hiérarchie des phénomènes psychologiques. « Pour constater avec précision dans quel ordre se rangent les phénomènes au point de vue de leur difficulté, il ne faut pas juger d'après nos sentiments, mais d'après la fréquence et l'ordre de la disparition de ces phénomènes chez les malades » (1).

Après de longues observations, M. Janet arrive à placer au premier degré, comme opération mentale la plus difficile, *la fonction du réel* puisque c'est elle qui disparaît le plus souvent et le plus vite.

La fonction du réel consiste dans l'appréhension de la réalité sous toutes ses formes. C'est l'opération mentale la plus parfaite et c'est elle que les obsédés perdent au début de leur maladie.

La fonction du réel a plusieurs formes : l'action, l'attention, la présentification. Et chacune de ses formes a des degrés.

La première forme c'est « l'action, qui nous permet d'agir sur les objets extérieurs et de métamor-

1. P. Janet, *loc. cit.*, p. 476.

phoser la réalité » (1). Elle est plus difficile quand elle est professionnelle, intéressée et nouvelle.

A un degré un peu inférieur nous trouvons la difficulté de l'action dans l'achèvement, la rapidité, la précision, l'énergie, etc.

La deuxième forme de la fonction du réel, mais à un degré un peu inférieur à celui de l'action volontaire, c'est l'attention, l'opération qui nous donne la notion du réel, qui détermine la certitude et la croyance.

En dessous de la croyance, c'est l'orientation, c'est-à-dire la disposition des perceptions par rapport à notre corps et à nos mouvements possibles, qui est proche de la croyance et de l'action.

L'évocation des souvenirs récents intimement liés à la réalité présente et des souvenirs passés, dans la mesure exacte, qui doivent jouer un rôle dans la perception actuelle, c'est l'opération supérieure de la mémoire.

« Ce qui caractérise l'homme d'action, disait Bergson (2), c'est la promptitude avec laquelle il appelle au secours d'une situation donnée tous les souvenirs qui s'y rapportent, mais c'est aussi la barrière infranchissable que rencontrent chez lui en se présentant au seuil de la conscience les souvenirs inutiles ou indifférents. »

C'est ainsi que la mémoire présente réellement des difficultés et se rattache aux fonctions du réel.

1. P. Janet, *loc. cit.*, p. 477.
2. Bergson, *Matière et mémoire*, p. 166.

Le dernier terme de cette fonction du réel et qui résume probablement tous les précédents, serait *la formation dans l'esprit du moment présent.*

Pour les gens distraits, ce présent s'allonge et reste vague ; pour les esprits actifs, ce présent se resserre et devient présent. Cette faculté mentale on pourrait l'appeler *la présentification.*

Tout le monde sait qu'il est plus facile de donner des conseils et de commander que d'agir soi-même.

Chez bien des obsédés cette différence est énorme. Ces malades qui hésitent indéfiniment à propos de la moindre action, quand il s'agit de leur intérêt, deviennent sensés et décidés quand il s'agit de donner des conseils à une autre personne. Et lorsque ces malades sont distraits de l'action qu'ils accomplissent, ils arrivent à agir plus facilement. Le trouble revient quand ils essayent de faire attention, de penser à eux-mêmes, de se rendre compte de ce qu'ils font.

Par conséquent, l'action plus ou moins vague avec distraction et peu de sentiment du réel forme un second groupe. Ce groupe des opérations c'est l'activité désintéressée. Ce sont les mêmes opérations psychologiques simplement dépouillées de l'acuité du sentiment réel.

Pour l'opinion populaire, les idéologues, comme disait Napoléon, cet homme d'action s'il en fut, avec un dédain bien justifié, sont des gens supérieurs, mais les moralistes ont eu le sentiment que cette opinion était erronée. « Vous êtes à la fleur de l'âge,

disait Dostoïewsky, vous appréciez au delà de tout l'intelligence humaine, le piquant de l'esprit et le déduction abstraite de la raison vous séduisent.... quelle erreur est la vôtre » (1).

« Par l'action nous sommes des anges, disait Hamlet, par la pensée nous ne sommes que des hommes. »

Les observations sur les psychasthéniques confirment ces remarques — ils suivent assez facilement une pièce de théâtre, un roman, tandis qu'ils regardent difficilement un musée.

La différence est encore plus grande quand il s'agit de raisonnements abstraits.

Ces malades sont capables de raisonner à perte de vue. C'est un préjugé de croire que l'abstrait est plus difficile que le concret.

La mémoire perd tout à fait ses caractères de la fonction du réel quand elle est simplement représentative. Les malades abouliques, incapables d'évoquer volontairement un souvenir utile ont une mémoire inouïe. Le présent offre à leur esprit plus de difficulté que le passé. Cette représentation des images devient encore plus facile quand ils suivent les hasards de l'association des idées. Les rêveries prennent un développement énorme chez ces malades, surtout quand ces rêveries cessent d'être originales.

Cette faculté de raisonnements abstraits et de la représentation des images rend compte de leur goût

1. *Crimes et châtiments*, II, p. 73.

prononcé pour l'auto-observation, et de leur propension à se vanter d'être « des penseurs ».

Ces fonctions des images forment le troisième groupe.

Au-dessous de ce groupe se place une opération mentale encore plus basse, c'est l'émotion, quand elle n'est pas en rapport avec la perception d'une situation présente. Elle peut avoir des formes distinctes : colère, peur : ou une une forme vague : l'angoisse, la plus élémentaire des opérations mentales.

Au-dessous de l'angoisse ou à côté d'elle, on peut placer la production des mouvements inutiles mal adaptés à la situation présente et réelle, ce sont les tics de toute espèce. Mais les tics étant des mouvements coordonnés, au-dessous d'eux on placera les mouvements incoordonnés qui sont des opérations plus basses et plus élémentaires, ce sont les agitations motrices qui se rapprochent des convulsions.

Ainsi donc les opérations du premier groupe agissaient sur le réel, le transformaient, donnaient au sujet le sentiment de la réalité. Ce caractère a diminué dans les opérations désintéressées qui forment le deuxième groupe ; il s'est fortement réduit dans le troisième groupe ; il a disparu dans les derniers groupes.

Ce caractère essentiel des faits de l'esprit qui consiste à donner le sentiment de la réalité, pourrait être désigné sous le nom de *coefficient de réalité.*

« Si on considère l'ordre de fréquence et de rapidité avec lequel se perdent les fonctions psychologi-

ques chez nos malades on constate qu'elles disparaissent, d'autant plus vite que leur coefficient de réalité est plus élevé et qu'elles persistent d'autant plus longtemps que leur coefficient de réalité est plus bas. J'en conclus que ces opérations forment une série de difficulté et de complexité décroissantes suivant que leur relation avec la réalité au point de vue de l'action, de la connaissance, en un mot de la correspondance va en diminuant et c'est à cette disposition en série que je donne le nom de hiérarchie psychologique. » (1).

*Hiérarchie des phénomènes psychologiques*

- I. La fonction du réel.
  - L'action.
    - L'action efficace sur la réalité (sociale. / physique.)
    - L'action nouvelle avec sentiment (d'unité. / de liberté.)
  - L'attention dans
    - La perception avec sentiment de réalité.
    - La certitude, la croyance.
    - La perception d'objets nouveaux.
    - La perception de la personne (avec sentiment de réalité. / avec sentiment d'unité.)
  - La présentification, la perception et la jouissance du présent.
- II. L'activité désintéressée.
  - L'action habituelle / L'action sans le sentiment (du présent. / de l'unité. / de la liberté.)
  - La perception sans le sentiment de la certitude avec le sentiment vague du présent.
- III. Les fonctions des images.
  - La mémoire purement représentative.
  - L'imagination.
  - Le raisonnement abstrait.
  - La rêverie.
- IV. Les réactions émotionnelles viscérales (systématiques. / diffuses.)
- V. Les mouvements musculaires inutiles (systématiques. / diffus.)

1. P. Janet, *loc. cit.*, p. 487.

*La tension psychologique*

Les phénomènes semblent se disposer dans cet ordre selon leur facilité croissante.

Mais quelles sont les raisons qui déterminent cet ordre ?

Les phénomènes psychologiques qui donnent le sentiment du réel dépendent-ils de l'intensité des sensations ou de l'intensité des mouvements ?

Cependant les douteurs ont conservé les sensations, les mouvements et la sensation précise de ces mouvements.

Dans la fonction du réel entrent pour beaucoup des adaptations à la réalité changeante et par conséquent des opérations de synthèse mentale toujours nouvelles. Chez les malades qui ont perdu le sens du réel on constate tous les caractères de diminution des synthèses mentales : l'aboulie, l'aprosexie, le misonéisme, etc. Cependant il ne semble pas qu'il y a une proportionnalité complète entre l'aboulie et la perte du sens du réel. La suggestion et l'hallucination se présentent chez ces malades comme aussi difficiles que l'action réelle. Or dans l'hallucination il y a une très petite perte de synthèse mentale. Si elle est difficile, c'est que d'autres difficultés s'ajoutent à la synthèse mentale.

« La perception réelle ou l'hallucination d'un chien est un ensemble d'images visuelles, tactiles, auditives même, très variées. Pour passer de l'idée d'un

chien à l'image hallucinatoire d'un chien, il faut non pas renforcer, mais compléter l'image (1). »

« C'est au nombre et à la vitesse des images évoquées à propos d'une même idée qu'est dû le caractère de *réalité* apparente des hallucinations hystériques (2) .» Les psychasthéniques qui n'arrivent point au sentiment du réel ont toujours la pensée occupée par des phénomènes plus simples, moins riches. Quelquefois ils constatent eux-mêmes cette simplification de leur pensée, cette diminution de la richesse des perceptions. Cet ensemble de remarques nous montre que dans la fonction du réel, il faut faire jouer un rôle à *la complexité* et à la richesse des phénomènes psychologiques.

En un mot, dans la fonction du réel la synthèse mentale est formée de la réunion de ces deux phénomènes :

1° L'unification des phénomènes qui constitue la synthèse mentale ; 2° le nombre de ces phénomènes psychologiques qui doivent faire partie de cette synthèse. Cette concentration des faits de conscience constitue un caractère que l'on peut appeler par convention la tension psychologique.

La fonction du réel, avec l'action, la perception de la réalité exigent le plus haut degré de tension ; la rêverie, l'agitation motrice, l'émotion exigent des tensions bien inférieures.

---

1. P. Janet. *L'Automatisme psychologique*, 1889, p. 181.
2. P. Janet, *loc. cit.*, p. 492.

« Le degré de la tension psychologique ou l'élévation du niveau mental se manifeste par le degré qu'occupent dans la hiérarchie les phénomènes les plus élevés auxquels le sujet peut parvenir (1). »

Il est possible que cette tension psychologique corresponde à une certaine tension physiologique dans le système nerveux central. Malheureusement on ne peut pas savoir en quoi consiste cette tension du cerveau.

### *Abaissement de la tension psychologique*

La tension psychologique est variable, non seulement chez les différents individus, mais aussi au cours de la vie d'un même individu : très petite dans l'enfance, elle s'accroît dans la jeunesse et baisse dans la vieillesse.

La veille et le sommeil présentent un des plus beaux exemples des variations de la tension psychologique. On retrouve dans le rêve tous les troubles caractéristiques de l'abaissement de la tension psychologique : l'aboulie, l'amnésie, la mémoire retardante, l'automatisme, etc.

Chez les obsédés l'abaissement de la tension psychologique, sous des influences diverses, est variable,

---

1. P. Janet, *loc. cit.*, p. 496.

et suivant les sujets l'abaissement de la tension sera plus ou moins profond, mais cet abaissement existe chez tous, que la maladie soit courte ou longue, profonde ou légère.

Si cet abaissement est rapide et de peu de durée, c'est une chute de la tension et qu'on peut désigner sous le nom de crise de psycholepsie.

Si l'abaissement est durable, il constitue cet état psychologique inférieur permanent que M. Janet a désigné sous le nom de psychasthénie.

Chez ces malades la tension nerveuse étant affaiblie ne permet plus la réalisation des phénomènes psychiques correspondant à un niveau mental élevé. La fonction du réel, qui exige un haut degré de tension est la première atteinte. L'abaissement de la tension est compatible avec la production de phénomènes d'un niveau inférieur.

D'une manière générale, il existe chez les psychasthéniques des oscillations du niveau mental. Il y a des circonstances qui déterminent l'abaissement et d'autres qui déterminent l'élévation du niveau mental.

Les maladies infectieuses, les surmenages physiques ou normaux, les émotions et surtout certaines émotions sont des circonstances et des conditions de l'abaissement de la tension psychologique.

Les substances excitantes, les influences du changement, du mouvement, de l'effort, de l'attention et les émotions excitantes sont au contraire des conditions qui déterminent l'élévation du niveau mental.

*
* *

Au point de vue psychologique, comment le sujet arrive-t-il à se rendre compte de ces insuffisances réelles qui résultent de ce fait que l'esprit ne peut plus parvenir aux opérations qui constituent la fonction du réel ?

D'après la thèse de James nous ne sentons que les résultats physiques de nos efforts.

Nous sentons aussi les résultats psychologiques de la tension nerveuse que le sujet traduit par des sentiments ; seulement ces sentiments cessent de se présenter dans les circonstances où d'ordinaire ils survenaient.

Ces sentiments qu'éprouve le sujet à propos de ses propres opérations mentales sont très variés et se caractérisent par le fait essentiel d'être incomplets, d'où la dénomination des sentiments d'incomplétude.

Il y a trois grands phénomènes qui jouent un rôle dans la formation des sentiments d'incomplétude : 1° la diminution de la synthèse mentale ; 2° la réduction de la complexité mentale ; 3° le souvenir de la manière dont fonctionnait autrefois notre pensée, les comparaisons entre cet état passé et l'état présent et les déductions inévitables.

Dans le premier fait ce sont les sentiments d'incapacité intellectuelle, de la difficulté de l'acte volontaire et de l'attention.

Dans le deuxième fait ce sont les sentiments d'irréel, d'étrangeté, qui déterminent la gêne, l'inquiétude, ils rendent l'action et l'attention encore plus incomplètes.

Dans le troisième fait, qui joue un grand rôle, c'est le souvenir de l'état d'esprit antérieur à la maladie ou aux instants clairs dus aux oscillations ascendantes de la tension nerveuse. Un esprit intelligent compare son état actuel à son état passé et remarque les différences, lesquelles seront interprétées dans tel ou tel sens suivant sa situation, son éducation ou ses besoins, par exemple celui qui est préoccupé de l'action pour gagner sa vie, va remarquer la faiblesse de sa volonté et parlera d'incapacité ; celui qui s'intéresse aux spectacles remarquera les troubles de la perception et dira qu'il trouve tout étrange.

*
* *

D'après ces sentiments d'incomplétude nous savons maintenant que les phénomènes ne se terminaient pas : ni l'unité, ni la complexité, ni l'adaptation au réel.

Par conséquent, au début des crises, il y a disparition des fonctions psychologiques supérieures.

A l'occasion de ces phénomènes supérieurs qui ne s'accomplissent pas se développe dans l'esprit une tout autre catégorie d'opérations : des tics, des angoisses, des ruminations mentales. Toutes ces opérations, qui se substituent ainsi aux premières, sont

des opérations incoordonnées et occupent un des rangs inférieurs de la hiérarchie des phénomènes psychologiques ; par exemple les ruminations mentales rentrent dans le troisième groupe, les tics et les angoisses dans les derniers groupes, ceux des émotions et des mouvements inadaptés au présent.

En résumé, on peut dire que le sujet dans ces crises a baissé de plusieurs degrés.

Mais ce n'est pas tout. Non seulement le sujet met une opération inférieure à la place de la supérieure, mais cette opération inférieure prend un développement exhorbitant. Il y a en apparence une disproportion entre les deux opérations. Quelle en est la raison ?

« Quand une force primitivement destinée à être dépensée pour la production d'un certain phénomène reste inutilisée parce que ce phénomène est devenu impossible, il se produit des dérivations, c'est-à-dire que cette force se dépense en produisant d'autres phénomènes non prévus et inutiles (1). » C'est l'hypothèse *de la dérivation*.

Cabanis, Spencer, Ribot ont déjà fait des allusions à des opérations de ce genre.

Plusieurs auteurs ont essayé d'appliquer cette notion de la dérivation à la pathologie mentale. C'est ainsi que Freud cherche à expliquer les phénomènes de l'angoisse. D'après lui, celle-ci aurait toujours pour origine des phénomènes d'excitation génitale inassouvie. Cela arrive sans doute dans

1. P. Janet, *loc. cit.*, p. 555.

certains cas, mais on a observé le même fait après des émotions artistiques, des chagrins, des peurs, etc., qui ne parvenaient pas non plus à leur terme.

Mais comment se fait-il qu'au phénomène initial supprimé se substitue une quantité énorme d'autres phénomènes secondaires ? « C'est parce que la tension psychologique inemployée pour les phénomènes supérieurs qu'elle ne peut plus produire, se dépense en phénomènes inférieurs, et qu'elle donne alors naissance à une véritable explosion de phénomènes infiniment nombreux et puissants, mais toujours inférieurs dans la hiérarchie (1). »

On trouvera des faits de dérivation dans tous les tics, dans toutes les agitations motrices qui surviennent à la suite des forces qui n'ont pu être employées par la volonté, l'attention ou l'émotion initiale.

La timidité, c'est-à-dire l'aboulie sociale, ne détermine pas uniquement des phénomènes émotionnels, mais elle donne aussi naissance à des décharges motrices.

L'effort d'attention ou une simple émotion peuvent produire l'angoisse, et celle-ci peut être aussi le résultat d'une décharge intéressant les appareils des fonctions organiques.

La rumination mentale, qui développe des pensées, sans valeur réelle, sans rapport à l'action, n'est qu'une dérivation vers des phénomènes mentaux de basse tension.

---

1. P. Janet, *loc. cit.*, p. 560.

La rumination mentale est la conséquence de l'arrêt des phénomènes primaires, attention ou émotion réelle. Et si le phénomène arrive à se développer, il n'y a pas de rumination.

Les phénomènes précédents ont le grand caractère, d'être vagues et diffus, conséquence d'un affaiblissement général de la volonté. Or, en pratique, bien des malades n'ont pas dans leurs crises des agitations physiques ou morales diffuses. C'est une certaine action qui leur est devenue impossible ou une certaine opération mentale qui les tourmente, un certain objet qui provoque leurs angoisses. En un mot, à la forme diffuse de la maladie succède la forme systématisée.

Cette systématisation a deux aspects différents à considérer : le phénomène primaire qui amène la dérivation, et la forme que la dérivation prend une fois commencé.

Dans le premier cas, on dit qu'il y a spécialisation des insuffisances psychologiques, et, dans le deuxième, systématisation de la dérivation.

Mais comment se fait-il qu'un certain phénomène primaire soit le point de départ de la crise de psycholepsie ? Ce ne sont plus tous les actes, c'est un acte déterminé qui produit cet abaissement. C'est que toutes les actions ne présentent pas la même difficulté, et que celle-ci est variable suivant l'individu. En un mot, c'est dans certains phénomènes que se manifeste la tension psychologique complète. Quand le psychasthénique se trouvera dans des circonstan-

ces qui exigent cette tension supérieure, incapable de la produire, alors en ce moment il s'apercevra de son niveau mental.

Quels sont ces actes ?

Au premier rang, ce sont les *actes sociaux*, les plus difficiles pour les hommes.

Et parmi nos différentes actions, celles qui impliquent l'isolement, la lutte.

Un acte extrêmement difficile à tous les points de vue, c'est le mariage et au second rang, ce sont les actions professionnelles et les actes suivant le degré de sentiments qu'ils ont accomplis.

Il en résulte qu'à la suite de ces actions surviennent tous les accidents qui ont été considérés comme des dérivations.

Quelquefois ces dérivations restent vagues et diffuses, mais le plus souvent des tics, des phobies spéciales remplacent les agitations diffuses.

Cette systématisation est une simple évolution de la maladie, parce que chacun des sujets réagit à la maladie suivant sa nature, son éducation, ses habitudes.

Les angoisses présentent peu de systématisation. Ainsi les algies sont dues à l'association de l'angoisse avec les sensations provenant d'une partie du corps. Certaines phobies ont pour point de départ la pensée de l'acte qui engendre l'angoisse, par exemple les agoraphobes.

Les manies mentales présentent des dérivations les mieux systématisées. Cette systématisation paraît

dépendre de l'effort vers la meilleure adaptation possible.

Les tics sont des dérivations motrices systématisées dont la raison principale paraît être, au moins en germe, les manies mentales.

*
* *

Jusqu'ici nous nous sommes occupés des caractères généraux de l'obsession. Il ne nous reste plus qu'un dernier problème, c'est celui du contenu de l'obsession et de la forme de l'obsession.

Suivant les théories intellectuelles et émotionnelles, le contenu de l'obsession, c'est-à-dire l'idée obsédante était d'origine exogène.

Cependant les idées obsédantes contiennent toutes des pensées relatives à la personne plutôt que la représentation des objets ou événements extérieurs. En plus, ce sont des pensées de critique et en outre des pensées extrêmes.

Les obsessions des psychasthéniques sortent bien plus du fond même du sujet, et on peut les considérer comme endogènes.

« L'obsession est le résultat d'un travail intellectuel qui s'opère pendant les crises de psycholepsie et qui remplit surtout les ruminations mentales (1). »

Les troubles psychasthéniques qui engendrent les obsessions ne se limitent point aux troubles émotifs, mais les phénomènes qui jouent à ce point de

1. P. Janet. *Loc. cit.*, p. 585.

vue le rôle le plus considérable, ce sont les sentiments d'incomplétude intellectuelle.

De même l'influence des insuffisances psychologiques: les insuffisances des sentiments, les apathies, le besoin de dominer, le besoin d'être aimé, vont donner naissance sous l'influence de la réflexion à toutes sortes d'idées obsédantes.

Les événements extérieurs déterminent aussi parfois le contenu de l'obsession, mais cela ne peut arriver que si le sujet était antérieurement préparé. L'idée fournie par l'événement ne devient obsession que si elle est d'accord avec un état antérieur dont le sujet avait le sentiment.

L'obsession est en général une interprétation, un symbole qui résume dans l'esprit du malade des troubles portant sur les fonctions psychologiques supérieures.

Il nous reste à montrer que cette interprétation rend assez bien compte de la forme que prennent les obsessions.

Les obsessions des psychasthéniques ont des caractères spéciaux différents de ceux que présentent les idées fixes des hystériques. L'idée fixe est une idée qui domine l'esprit du sujet, ne provoque aucune révolte du moi, parce qu'elle est acceptée comme réelle. L'idée obsédante est reconnue fausse ou tout au moins maladive, c'est une pensée parasite qui tend à s'imposer au moi, évolue à côté de lui malgré les efforts du sujet pour la repousser.

Le premier caractère des obsessions, c'est de se

prolonger pendant un temps extrêmement long dans l'esprit du malade. On ne peut expliquer ce caractère que par l'état mental sous-jacent qui est perpétuel. Les idées obsédantes durent naturellement autant que l'insuffisance psychique. Si parfois il y a une ascension de la tension, l'obsession disparaît tout de suite. Si le malade lutte contre l'obsession tout en ayant la tension basse, l'obsession s'étend comme une tache d'huile, jusqu'à ce que toute sa vie soit envahie. Ainsi il met en évidence la même insuffisance et retrouve partout l'obsession.

Un autre caractère des obsessions, c'est l'impulsion, mais il ne faut pas confondre l'impulsion psychasthénique avec les impulsions automatiques que l'on rencontre dans d'autres maladies.

De même que les représentations n'arrivent jamais à l'hallucination complète et véritable, les impulsions chez les obsédés n'arrivent jamais à l'exécution, parce que l'obsession exprime une maladie générale de l'esprit dont le caractère essentiel est de supprimer le dernier terme des opérations psychologiques.

## ETIOLOGIE

*Fréquence.* — La psychasthénie est extrêmement fréquente. En très peu d'années MM. Raymond et Janet ont pu réunir 325 observations de cas très remarquables et MM. Pitres et Régis recueillir environ 400 observations. Mais la maladie doit être

énormément répandue, car c'est elle qui se dissimule le plus souvent sous le géant informe et démesuré qu'est la neurasthénie.

*Hérédité.* -- Les auteurs anciens et modernes sont d'accord pour reconnaître que l'hérédité joue un rôle de tout premier ordre.

MM. Pitres et Régis constatent dans les quatre cinquièmes des cas des ascendants directs ou collatéraux qui sont des obsédés, des aliénés, des alcooliques et des névrosés.

L'hérédité similaire est plus fréquente que l'hérérité dissemblable.

Il y a même des cas où les accidents présentés par les malades sont identiques à ceux dont ont souffert les ascendants. Trousseau avait déjà remarqué qu'il y a des familles chez qui les tics sont héréditaires.

Dans beaucoup d'observations les parents paraissent sains, tout en étant des gens bizarres, des agités, des entêtés ou bien des violents. Ces dernières observations nous montrent que la psychasthénie est le dernier terme d'une évolution caractérisée par l'abaissement de l'activité mentale.

A ce propos voici ce que dit Féré : « L'hérédité a besoin d'être accumulée, capitalisée en quelque sorte, avant de se montrer sous une forme nettement caractérisée, avant de se traduire par une entité morbide à laquelle on puisse imposer un nom (1). »

---

1. Féré. *La famille névropathique*, 1884.

*Sexe.* — Le sexe féminin a une influence prépondérante. Suivant les auteurs, on peut admettre que parmi les psychasthéniques un quart sont des hommes, et les trois autres quarts des femmes.

*Age.* — C'est dans la période moyenne de la vie, entre vingt et cinquante ans, que l'on rencontre le plus d'obsédés. Aucun âge n'est totalement exempt de cette maladie, mais les cas d'obsession dans l'enfance ou dans la vieillesse sont des raretés cliniques.

Quant à savoir l'âge de début véritable de la maladie, au lieu de son début apparent, une constatation pareille est impossible à établir. La maladie des obsessions procède souvent par des rechutes successives, et les malades indiquent comme début de leur maladie leur dernière rechute grave.

*Professions.* — Les obsédés appartiennent à toutes les classes de la société.

*Dégénérescence.* — La fréquence de l'hérédité a conduit à rechercher les stigmates physiques de la dégénérescence dont Magnan et son école se servent pour ranger les malades parmi les dégénérés.

MM. Pitres et Régis ont fait une enquête sur cinquante sujets et remarquent à ce propos : « La plupart des obsédés ont le crâne bien conformé, les dents bien plantées, les organes génitaux normalement développés ; ils ne présentent même pas plus souvent que les sujets réputés sains, les petits stigmates auxquels on était porté naguère à attacher une importance fort exagérée » (1).

1. Pitres et Régis. *Les obsessions et les impulsions*, p. 220.

*Les conditions physiques déterminantes.* — Le terrain préparé par les causes précédentes va provoquer l'apparition de la psychasthénie sous les influences qui troublent le fonctionnement normal du système nerveux. Ce sont : les maladies infectieuses, surtout la fièvre typhoïde, la variole, l'accouchement ; les événements qui produisent des chocs émotionnels, surtout les émotions morales dépressives ; le surmenage intellectuel, les excès de toute nature et la puberté.

Freud (de Vienne) s'est efforcé de montrer que les névroses, l'hystérie, la névrose anxieuse avaient pour origine l'accumulation incomplètement satisfaite de l'excitation génésique.

Hartenberg dit : « Dans les cas de névrose d'angoisse typique, conforme en tous points à la description de Freud, je n'ai pu malgré mes recherches et mon insistance, retrouver toujours à l'origine de l'affection un besoin sexuel insatisfait » (1).

Les insuffisances de l'émotion sexuelle ne sont qu'une manifestation des insuffisances psychologiques. Et que les troubles de la sphère génitale ont une influence déprimante dans la psychasthénie comme d'ailleurs dans toutes les nevroses.

*Les conditions morales déterminantes.* — Nous avons vu le rôle important que l'hérédité joue dans cette maladie. L'hérédité, conséquence de plusieurs générations, fait le fond du caractère que plus tard

1. *Revue de médecine*, 1901, p. 620.

l'éducation, le milieu, vont compléter. Ce qui frappe tout d'abord c'est la manière d'être de ces sujets longtemps avant l'apparition de la maladie. Ce sont des individus qui ont peu ou point de résolution et d'activité volontaire. On remarque déjà, à un degré plus faible, toutes les formes de l'aboulie. Et comme agir et parler en société est un acte difficile, ils sont avant tout des timides atteints de l'aboulie sociale, ils préfèrent agir seuls, leur caractère devient renfermé. Même étant seuls ils n'agissent pas beaucoup, car l'action leur répugne ; ils sont indécis ; ils redoutent les responsabilités ; ils se laissent conduire par tout le monde ; ils craignent la lutte ; ils n'ont pas le sens pratique. Le peu de soucis de leurs intérêts, et leur horreur de la lutte les rend extrêmement honnêtes ; ils aiment mieux les idées et ont le mépris du terre à terre de la pratique ; ils sont intelligents et ont l'esprit fin ; ils sont très bons observateurs et sont doués d'une mémoire extraordinaire ; ils ont beaucoup d'imagination et de raisonnement. C'est pourquoi l'avenir et le passé les intéressent davantage que le présent ; il en résulte qu'ils aiment la poésie, la philosophie et la religion. Le cœur chez eux joue un grand rôle : rêveurs, sentimentaux, idéalistes, amoureux, mais ignorant la réalité et les hommes, ils ont d'énormes désespoirs. Leur émotivité est régulière, tantôt indifférents, tantôt trop sensibles pour la moindre des choses.

Ce caractère inquiet, timide, aboulique, émotionnable n'est pas encore la maladie constituée, mais

c'est le terrain déjà préparé, qui attend les causes occasionnelles.

L'individu chargé de cette hérédité déplorable, vit au milieu de ses parents qui lui ressemblent. Ceux-ci naturellement lui font la vie douce, l'empêcheront d'affronter les dangers, la lutte, les occasions d'agir. A l'influence néfaste des parents s'ajoute l'éducation absurde de la jeunesse d'aujourd'hui. On ne cherche pas à former des hommes, mais des êtres intelligents. Or, dans la vie nous sommes forcés d'agir beaucoup plus que de penser. La vie est remplie de mouvements et d'actions, les pensées ne sont que des conceptions en vue de la force que nous devons dépenser incessamment pour notre existence. L'homme est un réservoir d'énergie qui doit être utilisée intelligemment, et on se soucie très peu de la volonté sans laquelle l'intelligence n'a aucune raison d'être. La vie n'est pas un rêve, c'est une réalité, il faut apprendre à la vivre telle qu'elle est, sinon elle devient impossible.

Malgré les précautions des parents pour épargner à leurs enfants toute difficulté à résoudre, malgré la prudence de l'individu pour éviter la lutte dans la vie, les grands problèmes de la vie s'imposent, il faut prendre des décisions. Dans ces moments-là, notre débile doit enfin faire quelque chose lui-même, il faut se décider oui ou non. Le plus souvent l'accident survient à propos du mariage. Le malade par suite de l'abaissement de sa tension psychologique est incapable de prendre une décision. Ses efforts

aboutissent seulement à des dérivations, obsessions, angoisses, etc.

Beaucoup d'autres circonstances déterminent la maladie par un mécanisme analogue. Ce sont les changements de situation, la première communion, les circonstances qui imposent un effort, une lutte, et les chocs émotionnels.

Les malades peuvent être divisés en deux catégories. Les uns ont une hérédité chargée, les autres ont peu d'hérédité ; les uns commencent la maladie très jeunes, les autres à un âge plus avancé ; les uns deviennent malades à la suite de la moindre cause morale, les autres ne succombent qu'après de véritables bouleversements moraux.

C'est pourquoi un certain nombre d'observateurs pensent qu'il existe une forme *constitutionnelle*, de beaucoup la plus fréquente, et une forme *acquise*.

Mais si théoriquement cette distinction est juste, au point de vue pratique il faut observer que ces deux classes sont loin d'avoir une importance égale, car la seconde se réduit à un très petit nombre de cas. Tout au plus peut-on admettre qu'il existe des états obsédants vagues, incomplets, parfaitement curables et qui ne sont pas la vraie psychasthénie, maladie de tout l'être, extrêmement profonde.

### Séméiologie

Les symptômes de la psychasthénie sont somatiques et psychiques.

Les symptômes psychiques sont de beaucoup les plus importants.

### A. — Symptômes psychiques

Les symptômes psychiques forment trois groupes principaux :

a) *Les obsessions ;*

b) *Les opérations psychologiques*, appelées par M. Janet *agitations forcées ;*

c) *Les stigmates psychasthéniques.*

#### Les obsessions

Les obsessions sont des pensées morbides.

Les idées qui forment ces pensées ont leurs caractères propres. Elles sont abstraites et générales. Elles s'imposent à la conscience des malades. Elles se reproduisent dans l'esprit du malade malgré lui. Ces idées n'ont aucune utilité pratique. Ce sont des idées parasites, discordantes, plus ou moins automatiques et irrésistibles. Ces idées sont désignées sous le nom d'idées obsédantes.

Les obsessions expriment l'objet de la pensée morbide pour remplir l'esprit du malade, c'est le contenu des idées obsédantes.

Les phénomènes psychiques qui déterminent la nature des idées et leur mécanisme, c'est-à-dire les caractères psychologiques que revêtent les pensées obsédantes, c'est la forme des obsessions.

*Le contenu des idées obsédantes.* — Les idées obsédantes sont extrêmement variées, et d'après leur contenu on peut les classer suivant M. Janet en cinq groupes :

I. — Obsession du sacrilège ;

II. — Obsession du crime ;

III. — Obsession de la honte de soi ;

IV. — Obsession de la honte du corps ;

V. — Obsession hypochondriaque ;

Il faut ajouter la sixième classe : obsession interrogative de M. le professeur Raymond.

Ces obsessions ne sont pas tout à fait différentes les unes des autres ; ainsi par exemple le sacrilège n'est qu'une exagération du crime. Leur réunion chez le même malade ne peut pas être attribuée au hasard. Toutes ces obsessions ont des caractères communs. Les idées obsédantes portent toujours sur des *actes du sujet*. C'est pourquoi M. Janet appelle ces malades des scrupuleux et en plus ce mot met en évidence les idées que le malade se fait de ces troubles de volonté. Les idées obsédantes sont de nature triste, pénible, ce sont des *actions mauvaises* suivant les désirs et les volontés du sujet : le malade est obsédé par la pensée d'un acte qu'il ne voudrait pas faire. Les actes dont la pensée obsède les malades sont *des actes extrêmes*. Cette disposition à la recherche de l'extrême est évidente dans les obsessions. Ce sont les plus criminels, les plus odieux que les scrupuleux cherchent à concevoir. Enfin dernier caractère commun du contenu des obsessions, c'est

que les idées des obsédés sont d'origine *endogène*. Ces idées sont l'expression d'un trouble profond dans le fonctionnement cérébral, que le malade traduit par des sentiments particuliers et ensuite par des idées obsédantes.

*La forme des obsessions*. — Les malades ne restent pas toujours à la même période de leur maladie. Suivant l'évolution naturelle de la maladie ou sous l'influence de certains traitements, les idées obsédantes peuvent se réduire ou diminuer d'importance. Ainsi le malade peut traverser des états de trouble très grand ou se rapprocher de l'état normal. Mais les cas de beaucoup les plus fréquents sont du degré moyen du développement des idées obsédantes. Alors l'idée est assez nette et assez précise pour que le sujet se rende compte de son état obsédant. Le malade est obsédé par une idée qui s'impose à lui et cependant il n'accepte pas cette idée avec conviction, il sent que son idée est absurde, il la juge et la repousse, c'est une obsession avec critique. Le caractère essentiel de ces idées maladives est si frappant qu'on dit une obsession consciente ou délire avec conscience ou folie lucide.

Les caractères psychologiques que revêtent ces idées pathologiques et qui les rendent obsédantes sont les suivants :

1° Au premier rang c'est la *durée* de ces obsessions chez les scrupuleux. Cette durée qui peut être extrêmement longue est déjà un élément pathologique qui donne à l'idée un caractère obsédant. Ensuite la

fréquence des répétitions de l'obsession. Elle résulte de l'effort pour maintenir l'attention sur une même idée, c'est une sorte de manie de la fixité des idées. Cette fréquence de l'idée est en rapport avec un autre caractère, la facilité des reproductions grâce à l'association des idées. Mais ce n'est pas une association automatique résultant de liaisons d'idées anciennement établies, c'est une association cherchée et construite par le sujet. C'est une manie d'association. L'évocation de l'obsession par l'association des idées est un phénomène très important, car c'est ainsi que la maladie se généralise à toutes les autres pensées.

2° Les obsessions des scrupuleux présentent une certaine *tendance impulsive*. La force impulsive de l'obsession est-elle irrésistibles ? Le malade s'effraie de son impulsion plus qu'il ne lui obéit. Les impulsions véritablement irrésistible sont fort rares. Certaines impulsions semblent plus efficaces, par exemple la kleptomanie, les impulsions génésiques.

3° L'obsession est *involontaire et automatique*. Tantôt elle se montre brusquement, tantôt elle est annoncée par des prodromes. Elle dure quelque temps, puis disparaît pour réapparaître de nouveau.

4° L'obsession est *étrangère au cours normal des idées*. Elle envahit l'esprit à la manière d'un parasite. Sous son influence le malade ne peut pas penser à autre chose. Et souvent l'obsession est en contradiction avec les sentiments du sujet.

5° De même que l'obsession a de la tendance à l'action et que quelquefois l'impulsion est accom-

plie, de même les obsédés sont susceptibles d'avoir au cours de leurs obsessions *des hallucinations*, que M. Janet considère plutôt comme des pseudo-hallucinations ou des hallucinations symboliques, représentant non pas un objet réel, mais une situation mentale obsédante. Cependant MM. Raymond et Arnaud ont soutenu avec raison l'existence au cours des obsessions de véritables hallucinations comme on le verra plus loin.

6° Un des caractères essentiels de l'obsession est d'être *consciente*. Le malade sent que son idée est absurde, il la trouve « drôle », il la critique. Mais si le malade a conscience de son état, sa conscience n'est pas complètement conservée, MM. Séglas, Janet et Arnaud ont montré que pendant les crises et même dans les périodes de calme, la conscience des malades reste particulièrement troublée. La conscience critique de l'obsession est incontestable, mais elle est altérée comme les autres fonctions mentales. Le trouble de la conscience est une question de degré suivant l'évolution de la maladie. Au moment des grandes crises, elle est obscurcie complètement.

Ces obsessions sont conscientes en ce sens que les malades qui les éprouvent se rendent bien compte des modifications qu'elles impriment à leur manière d'être. Le sujet garde le pouvoir de les critiquer et de rire de lui-même. C'est parce que ces obsessions n'arrivent pas jusqu'à la certitude, sauf dans des cas rares.

Enfin les obsessions sont involontaires, c'est-à-dire que le malade ne peut ni les provoquer quand elles n'existent pas ni les chasser quand elle sexistent. Cela revient à dire tout simplement que la maladie dépend d'un état antérieur et profond du sujet.

En somme tous les caractères des obsessions ne sont que les caractères de l'état psychasthénique.

### Les Agitations forcées

Les agitations forcées sont des proccssus obsédants consistant en des opérations de pensée, d'acte, d'émotion, qui sont à la fois excessives, stériles et d'ordre inférieur.

L'agitation peut se présenter d'une manière systématique ou d'une manière diffuse.

Selon qu'il s'agit surtout de pensées, ou de mouvements, ou de phénomènes émotionnels, les agitations forcées peuvent être divisées d'après M. Janet en trois groupes.

*Les agitations mentales.* — De toutes les agitations forcées, les agitations mentales se rapprochent le plus des obsessions, car ce sont des opérations d'ordre intellectuel : des réflexions, des comparaisons, des recherches.

Quand ces agitations de la pensée sont systématiques, elles constituent les manies mentales ; et lorsqu'elles sont diffuses, elles forment les ruminations mentales.

A un degré plus vague, la pensée devient une sorte de rêverie forcée.

Les agitations mentales systématiques ou manies mentales sont très nombreuses.

Suivant l'état général de doute des obsédés les manies seront de telle ou telle forme. Et chez un même malade, selon l'état de sa maladie, les manies changent, ou il peut se faire que plusieurs manies différentes se succèdent. Si l'esprit n'arrive pas à une conviction complète, à une décision déterminée, mais hésite entre deux termes, le malade aura *des manies de l'oscillation*. Si la manie porte sur des idées, elle prend la forme de manie de l'interrogation. Si elle porte sur des actes, elle prend la forme de manie de l'hésitation.

L'esprit instable du malade peut arriver à la certitude, à la croyance pour que la conscience ne le force pas à douter. Pour cela il lui suffit de croire au dernier terme donné de son agitation mentale. C'est le caractère qu'on trouve dans une foule de manies, *les manies de l'au-delà*, dont les formes principales sont : les manies de la précision, les manies arithmétiques (l'arithomanie), les manies du symbole, de la recherche, de l'explication, etc.

Quelquefois, malgré tous les efforts du malade pour arriver à une croyance, à une conviction complète, le sujet n'arrive pas à être satisfait. Aussi cherche-t-il la quiétude de son esprit dans d'autres sortes de manies, *les manies de la réparation*, ce sont : les

manies de la compensation, les manies de l'expiation, des pactes, des conjurations, etc.

Les agitations mentales diffuses ou ruminations mentales consistent en des combinaisons des manies précédentes et qui produisent une confusion dans l'état d'âme du malade — il ne peut pas arriver à une conclusion, à une croyance ou à un acte quelconque — il s'épuise dans un travail aussi interminable qu'inutile.

Les manies mentales montraient une activité mentale dans un sens déterminé, toujours le même. Dans la rumination mentale, on peut encore retrouver la trace de systématisation, quoique incomplète, mais elle existe pourtant.

Dans la rêverie forcée, toute systématisation est disparue. Ce sont des pensées qui pullulent, se meuvent avec la plus grande rapidité et sans but, sans aucune utilité quelconque.

*Les agitations motrices.* — Les agitations motrices sont des mouvements forcés, provoqués d'abord par une préoccupation obsédante et devenues ensuite des habitudes vicieuses. Ce sont des actions inutiles. Cependant elles ne sont pas absolument inconscientes et involontaires.

Ces mouvements forcés peuvent être systématiques ou diffus. Quand ils sont systématiques, ils constituent les tics, et quand ils sont diffus, les crises d'agitation.

Les tics chez les obsédés sont des actes systématiques, intempestifs, inopportuns, stériles, reproduits

régulièrement et fréquemment par les malades, car ils se sentent forcés de les accomplir.

Ainsi on constate les mêmes caractères ici que dans les manies mentales.

Aux différentes manies peuvent correspondre différents tics. Il y a une corrélation entre ces deux processus. En général, la manie mentale est d'autant moins développée que le tic moteur est plus complet. C'est pourquoi M. Janet a classé les tics de la même manière que les manies mentales.

Premier groupe, les tics de perfectionnements par exemple, les immobilités ; les tics de vérification, de précision, de symbole, etc.

Deuxième groupe, les tics de défense, par exemple les tics de lutte, de réparation, de conjuration, etc.

Les mouvements moteurs diffus ou les crises d'agitation sont constituées par les crises de marche et de parole, les crises d'excitation.

Ce sont des mouvements exagérés, inadaptés à la situation donnée, inutiles et si compliqués que quelquefois ils peuvent prendre l'apparence d'une chorée ou d'une attaque d'hystérie.

Les crises d'agitation correspondent aux ruminations mentales.

*Les agitations émotionnelles.* — Les agitations émotionnelles consistent en des émotions qui s'imposent au sujet tout en étant inopportuns et absurdes. Ces émotions sont désagréables, elles expriment de la douleur, de la tristesse et de la peur. Quand la peur est déterminée, les agitations émotionnelles sont sys-

tématisées, ce sont les phobies ; si elles sont diffuses, elles constituent les angoisses.

Les phobies sont innombrables. M. Janet les classe en quatre groupes : 1° Les algies ou phobies du corps du sujet lui-même, par exemple les algies de la poitrine, des sens, de l'écriture, de la parole, etc. ; 2° les phobies des objets ; 3° les phobies des situations physiques : agoraphobie, claustrophobie, etc., des situations sociales : éreutophobie, dysmorphobie, etc. ; 4° les phobies des idées : des idées religieuses, morales, etc.

Ces diverses phobies comme les manies mentales ne sont pas véritablement distinctes les unes des autres. Chez un même malade, elles peuvent se succéder.

En effet toutes ces phobies semblent constituées par deux groupes de phénomènes. Le phénomène essentiel qui est l'état d'anxiété du sujet, et les phénomènes accessoires : les perceptions, les sentiments, les sensations qui se mêlent avec lui. Le premier groupe est fondamental, le second seul est variable suivant les circonstances.

« Un caractère commun à ces phobies, c'est qu'à la répulsion pour un objet ou pour un acte s'ajoute parfois une attraction pour cet objet ou cet acte. »

C'est peut-être parce que le malade cherche à réagir, mais au lieu de parvenir à se débarrasser de son mal, il est envahi par l'agitation et l'angoisse.

---

1. F. Raymond. *Névroses et psycho-névroses*, p. 72.

Chez certains malades, les émotions au lieu de prendre une forme déterminée produisent chez le sujet un état vague d'inquiétude ou de peur de tout et de rien, un état anxienx généralisé qui peut apparaître au moindre prétexte, c'est l'angoisse diffuse ou panophobie. Dans toutes les émotions forcées, diffuses ou systématisées à des degrés différents s'ajoutent des troubles physiologiques cardiaques, respiratoires, vaso-moteurs, etc., seulement dans l'angoisse ces troubles sont plus fréquents et d'une intensité plus grande, surtout les troubles respiratoires.

MM. Arnaud et Janet remarquent que « l'angoisse n'est pas seulement viscérale qu'elle est également cérébrale et intellectuelle ». Nous croyons que quelle qu'elle soit, l'angoisse est toujours cérébrale, que la cause de son apparition soit d'ordre physiologique ou psychologique.

Chez les scrupuleux le point de départ est le plus souvent psychologique, et une fois constitué, elle retentit sur les fonctions physiologiques : de même les troubles physiologiques des organes par la voie inverse pourraient produire son apparition. La différence de l'angoisse, chez l'homme normal et chez le scrupuleux, consiste en ce que chez le dernier elle prend une forme plus intense et une tendance cérébrale qu'elle a à devenir intellectuelle, c'est-à-dire une phobie quelconque.

De ce qui précède, on constate que les différents groupes de symptômes qui forment les agitations-forcées loin d'être distincts les uns des autres pré

sentent des caractères communs. Les distinctions complètes que l'on établissait autrefois entre les trois groupes de symptômes, et à les considérer pour cela comme des maladies à part, n'existent pas. Les liens qui unissent les manies, les tics, les phobies et les angoisses sont des plus étroits.

Les divers phénomènes se remplacent les uns les autres soit spontanément pendant la maladie, soit au cours du traitement en cherchant à supprimer une de ces agitations. Enfin chez les malades sérieusement atteints, on trouve diverses agitations forcées évoluant côte à côte.

Leur union est encore confirmée par l'identité des caractères psychologiques.

Les agitations dans la plupart des cas ne sont pas continuelles. Elle se présentent par crises, par conséquent il y a des conditions qui servent de point de départ aux crises. Le plus souvent les crises d'agitations commencent à l'occasion d'une action volontaire positive ou négative, l'essentiel c'est que l'action soit ressentie par toute la personnalité du sujet, car une action exécutée par distraction, automatiquement, n'a aucun effet sur le malade. Une autre condition qui est le point de départ des crises, c'est l'effort pour faire attention ou un certain genre d'émotion, par exemple : les émotions excitantes.

Mais cet acte, cette attention, cette émotion, qui sont le point de départ de la crise d'agitation, loin de parvenir à leur terme disparaissent et sont rempla-

cés par des phénomènes psychologiques sans rapport avec la réalité — les agitations forcées.

Le malade se rend assez bien compte de l'inutilité et de l'absurdité de telles opérations. Mais faut-il entendre par là que le sujet sait comme nous que ces mouvements n'ont aucune raison d'être ? Sûrement non, car s'il était convaincu autant que nous, il ne subirait pas suivant l'expression d'un malade, « ces travaux forcés ». La conscience chez l'obsédé est conservée, mais elle est obscurcie pendant les crises et reste plus ou moins altérée même en dehors des crises. « L'intégrité de la conscience » dans les obsessions, d'après les classiques, est plutôt un caractère apparent qu'une réalité. Même lorsque la maladie prend un développement très grand pour arriver jusqu'au délire, comme nous le verrons plus loin, la conscience s'affaiblit de plus en plus et disparaît au moment du délire.

Il est vrai que dans la majorité des cas, les opérations forcées ne s'exécutent pas automatiquement, car le malade y participe ; cependant parfois l'apparition brusque des obsessions ou le déclanchement subit des phénomènes d'agitation forcée par suite d'une altération plus profonde des fonctions psychologiques chez bien des malades montre que si l'irrésistibilité n'existe pas toujours on la rencontre chez les psychasthéniques dont l'état obsédant est très avancé.

### Les stigmates psychasthéniques

Les premiers observateurs qui se sont occupés des obsédés ont cru à l'intégrité de l'intelligence et des fonctions psychologiques ; mais est-il possible d'admettre que des obsessions absurdes, des manies inutiles, des tics ridicules viennent remplir l'esprit d'un homme, si cet homme est parfaitement sain. Tous ces actes ont dû naître et se développer chez des sujets qui ne devaient pas être normaux. Quelles sont donc alors les altérations fondamentales des fonctions psychologiques qui constituent l'état mental profond de ces malades, lequel est la raison d'être des obsessions et des agitations forcées.

« Ces modifications dans le fonctionnement des opérations psychologiques indépendamment de l'obsession et des opérations forcées, M. Janet les désigne sous le nom de « stigmates psychasthéniques ». Ils existent avant l'éclosion de la maladie et ils persistent tant qu'elle dure.

Les stigmates psychasthéniques sont d'ordre psychologique.

Les stigmates psychologiques forment deux catégories, les uns subjectifs que M. Janet appelle les « sentiments d'incomplétude », les autres objectifs ce sont les « insuffisances psychologiques. »

a) *Les sentiments d'incomplétude.* — Les sentiments d'incomplétude sont les sentiments qu'é-

prouve le sujet à propos de ses propres opérations mentales.

Les psychasthéniques se sentent constamment dans un état d'infériorité psychologique. Ils attribuent aux phénomènes psychologiques le caractère d'êtres inachevés et insuffisants, il se plaignent d'être hésitants, indécis et timides.

Les sentiments d'incomplétude se retrouvent dans l'action, dans les opérations intellectuelles, dans les émotions et dans la perception personnelle.

Le sujet est en train d'exécuter un acte, mais le sentiment d'effort qu'il ressent est le point de départ, des crises d'agitations forcées ; incapable de produire un résultat utile et pour éviter les sentiments pénibles, il redoutera l'action par-dessus tout. L'idée seule d'un acte à accomplir l'effraie. C'est ainsi qu'il a le sentiment d'incapacité pour agir.

Mais si le scrupuleux redoute l'action, raison de plus il ne sera pas capable de décision, la forme la plus nette de la volonté est une action envisagée comme possible, acceptée par l'individu, unie à lui et prête à accomplir.

Naturellement aucun de ces sentiments ne se développe chez lui. Et si ce sentiment d'unité de la décision n'existe pas, il est remplacé par un sentiment de gêne, de résistance dans l'action. Dans le cas où le malade se force à agir, quand même, comme le sentiment de possession de sa personnalité lui manque, il dira que ce n'est pas lui qui a agi, il aura le sentiment d'automatisme. Un degré de plus dans ce

sentiment d'absence d'action personnelle et le sujet croira qu'il se trouve sous la domination des volontés étrangères qui le font agir. C'est ainsi qu'il peut arriver aux idées de persécution. Le sentiment d'impuissance dans l'action produit chez le malade le sentiment de mécontentement, d'humilité, de honte, de timidité et d'inertie.

Dans les opérations intellectuelles, on retrouve les mêmes sentiments que dans les actes volontaires. Les malades se plaignent de difficultés et de souffrances à propos des travaux de l'esprit, ils sentent que leur attention ne se fixe pas, d'où cette instabilité dans leur caractère. C'est pourquoi ils n'ont pas de suite dans leurs idées. Cette faiblesse d'attention produit des troubles, puisqu'ils se plaignent d'éprouver des altérations dans la perception des objets. Les choses leur apparaissent comme étranges — le sentiment de jamais-vu, comme en rêve — sentiment du dédoublement où quelquefois la perception extérieure est si troublée que le malade ne peut plus s'orienter, sentiment de désorientation. A un degré plus avancé, le sentiment n'est plus du tout une perception de l'objet extérieur, mais une autre conception imaginaire, irréelle, de même la notion de temps disparaît.

Les troubles de l'attention se portent aussi sur les conceptions et les idées. Les souvenirs et les idées ont le même caractère de vague que le monde extérieur. Les malades arrivent à un état de doute généralisé, ils doutent d'abord des choses qu'ils com-

prennent le moins, si la maladie s'aggrave le doute se porte sur des choses ordinaires, à un degré de plus, ils douteront d'eux-mêmes, ce qui les oblige à recourir au témoignage d'autrui pour arriver à la certitude.

Les émotions présentent des sentiments d'incomplétude de même nature. Parfois les malades se plaignent de ne pas avoir d'émotions, d'autres fois ils disent qu'elles sont faibles ou s'arrêtent avant de devenir complètes.

Naturellement quand le malade n'arrive pas à un plaisir net ou à une souffrance nette, l'inquiétude peut apparaître : c'est ce qu'on remarque souvent chez les obsédés, Mais ce sentiment n'apparaît pas seulement à propos des émotions insuffisantes. C'est une inquiétude intellectuelle, car les malades se rendent compte de leur infériorité et désirent faire effort pour en sortir, ils sentent le besoin de s'exciter ou ils s'efforcent de faire les choses jusqu'au bout. Un degré de plus et l'on comprend le développement d'une sorte d'ambition qui n'étant jamais satisfaite, les scrupuleux restent toujours mécontents.

Nous avons signalé déjà comment la faiblesse de l'attention conduit le sujet à douter de lui-même. Dans ce cas, ce n'est pas seulement la perception extérieure qui est troublée, mais la perception personnelle aussi. Le malade se sent « confus et étrange », « un être à part », « il doute de son existence », « il a la conscience de devenir autre » sentiment, de

dépersonnalisation, il peut aller jusqu'à un véritable dédoublement de la personnalité. Dans certains cas, à ce sentiment de dédoublement se joint le sentiment de dépersonnalisation complète : « la personne est morte, puis elle devient autre. »

Au fond le psychasthénique si sa conscience n'est pas obscurcie tout à fait pendant les crises, se rend compte de son état insuffisant, il sent la perception de sa personne incomplète, inachevée. C'est en quoi il diffère de l'hystérique. Ce sentiment fondamental existe à propos de l'action, de l'intelligence et des émotions : le sentiment perpétuel d'incomplétude.

B. — *Les insuffisances psychologiques.* — Les insuffisances psychologiques sont les symptômes que l'observateur constate dans la conduite du sujet indépendamment des sentiments qu'il en exprime.

Ces symptômes existent chez tous les malades avant l'apparition de la maladie, ils correspondent à des modifications dans le fonctionnement des opérations psychologiques. La volonté, l'intelligence, les émotions et les sentiments sont troublés.

Les troubles de la volonté sont les plus apparents. MM. Raymond et Arnaud ont particulièrement insisté sur ces troubles à propos des obsédés. Depuis leur enfance, les psychasthéniques se font remarquer par un caractère particulier ; ils sont apathiques, indolents, paresseux et maladroits. Cette mollesse générale cache une cause plus profonde, troubles dans l'action. Dans sa forme l'action est désordonnée. Les mouvements des obsédés sont inharmoniques, la

démarche est anormale. Au repos, leurs attitudes sont bizarres. Quant au but de l'action, c'est-à-dire à exécuter l'acte même, les difficultés sont encore plus nombreuses. Antérieurement à l'acte, c'est une indécision perpétuelle. Même si l'action est décidée, elle se fait lentement. Pour faire quelque chose, il leur faut des heures. Les malades fractionnent l'acte, ne l'exécutent pas en une seule fois. Cette conduite les amène à être toujours en retard. Incapables d'agir, ils abandonnent souvent l'action pour le moindre prétexte. Mais ce n'est pas là la seule raison, c'est que tout effort physique ou moral les fatigue beaucoup.

La faiblesse n'existe pas seulement dans la volonté passive ; ils ne savent pas résister ni se défendre contre ceux qui les tourmentent, ils obéissent à tout le monde malgré eux.

Mais il arrive quelquefois que le sujet ne parvient même pas à faire certaines actions, par exemple, les actes nouveaux qui réclament une attention plus grande ou à s'accoutumer à une situation nouvelle. C'est parmi ces sujets que l'on trouve les individus qui ont la manie des habitudes et l'horreur de tout changement.

Après les actes nouveaux ce sont les actes sociaux qui se suppriment. Cette impuissance à agir devant les hommes, c'est l'aboulie sociale. C'est pourquoi les malades sont des timides.

La timidité est leur grand malheur. Ils sont peu sociables, ce sont des isolés.

D'autre part, ils ont le sentiment de l'affection, le besoin d'aimer et de se faire des amis, mais pour cela il faut agir, parler, avoir du tact, saisir les occasions. Or, tous ces actes complexes sont impossibles aux scrupuleux. Pour qu'ils s'éprennent de quelqu'un, il faut que ce quelqu'un les devine et qu'il vienne à eux, alors ils se dévouent à lui avec abnégation.

Après les aboulies sociales, les aboulies professionnelles se présentent assez souvent, parce que les actes professionnels sont un ensemble d'actions considérables et complexes, et qui exigent souvent beaucoup d'atention, une adaptation précise et délicate.

A un degré de plus, l'aboulie a des effets rétroactifs, elle s'étend sur les mouvements automatiques, les malades ne savent plus rien faire, leur inertie devient si grande qu'ils ne quittent plus la chambre et achèvent leur vie dans l'isolement et l'immobilité.

Tous ces troubles de la volonté forment un des stigmates essentiels de la psychasthénie.

La volonté a une importance si grande, que même les troubles de l'intelligence que l'on observe chez les psychasthéniques sont en rapport avec l'aboulie profonde.

La plupart de ces sujets sont intelligents, très souvent ils ont une intelligence supérieure, ils sont capables de tout dans le domaine de l'esprit. Cependant leur intelligence n'est pas complète. Le raisonne-

ment, le jugement, la généralisation, sont corrects. Mais l'incapacité intellectuelle apparaît dans l'inintelligence des perceptions. C'est pourquoi ils ont la compréhension difficile, car ils ont des troubles assez graves de l'attention. L'attention ne se fixe pas bien. Même quand l'attention se fixe, c'est pour peu de temps, ils ont toujours l'esprit distrait, ils ne peuvent pas se concentrer sur un objet ni s'y intéresser longtemps. Ils sont incapables de suivre une conférence ou une conversation longue sans manquer d'attention. Ils ont tous horreur des mathématiques, car dans ces sciences, il faut une attention plus grande. Mais les arts, la littérature, la philosophie les attirent. On trouve parmi eux des littérateurs délicats, des musiciens hors ligne.

A cause de ces troubles de l'attention, la mémoire est atteinte dans la fixation des souvenirs, c'est-à-dire qu'il y a de l'amnésie continue. Mais l'amnésie vraie est accidentelle. Ces malades se rappellent mieux les anciens souvenirs, parce que dans ce cas l'évocation volontaire est plus facile. De même la mémoire semble plutôt exagérée, ils se souviennient de tout lorsque l'évocation n'est pas volontaire.

Une autre conséquence de cette faiblesse de l'attention est la rêverie. Une idée en rappelle d'autres dans l'ordre des associations d'idées, il y a dispersion de la pensée, un état d'hésitation constante, un doute fondamental, d'où l'impossibilité d'arriver à une conclusion. A certains moments, le vague de la pen-

sée est si grand qu'il se produit une courte absence, « une éclipse mentale », pendant laquelle les malades perdent contact avec la réalité, symptôme d'une grande importance, puisque, comme le dit M. le professeur Raymond, il joue un rôle considérable dans la constitution de leurs délires.

Comme la volonté et comme l'intelligence, les émotions et les sentiments présentent des troubles incontestables chez les psychasthéniques. On se figure que ces malades sont des émotifs et qu'ils ressentent au plus haut degré les émotions et les sentiments. Très souvent même, ils n'ont pas d'émotions dans des cas où elles se produisent chez des individus normaux. D'autres fois, les émotions commencent et il se produit un arrêt. Chez beaucoup, des idées surgissent après cet arrêt, mais sans avoir aucun rapport avec les émotions ; ou les émotions commencées se transforment en angoisses, par exemple les événements devraient faire naître des émotions normales : la peur, la joie, la colère, etc., et c'est l'angoisse qui apparaît. Or l'angoisse est la plus basse des émotions. Ce n'est pas une émotion complète. De même ces malades restent souvent calmes devant l'événement qui devrait les émotionner, ce n'est que beaucoup plus tard que l'émotion va se produire. En un mot, l'émotion est retardante. Nous avons vu déjà ce retard dans l'action et dans la mémoire. Ce sont des effets de l'aboulie profonde. Certes, ces malades ont de l'émotivité, mais ils sont plus disposés, sous l'influence du moindre choc, à commencer des crises

d'agitation ou d'angoisse. Cependant il ne faut pas confondre les émotions-chocs, qui bouleversent l'équilibre de la pensée, avec les émotions normales.

La suppression de l'émotion normale, le manque de joie que l'activité utile procure, la dépression que toute activité demesurée produit, surtout si elle est inutile comme c'est le cas chez ces sujets, il n'est pas surprenant que l'on constate chez eux une tristesse vague, un sentiment perpétuel d'ennui dont ils se plaignent presque tous.

Cet état psychasthénique met les malades dans une infériorité dont ils se rendent compte, d'autant plus que l'intelligence est relativement conservée. C'est pourquoi se développent chez eux des sentiments particuliers qui existent chez les individus normaux, mais à un degré bien inférieur. Instinctivement, ils se mettent sous les ordres de quelqu'un, ils aiment à obéir, à être dirigés ; ils ne veulent rien faire sans l'avis de cette personne. Quand ils n'ont pas à leur disposition un directeur, ils font des efforts pour en trouver un ; quand ils ont perdu cette direction, ils sont malheureux. — Ce sentiment de direction dépend du manque de vouloir des malades — il faut qu'un autre fasse la synthèse et impose la résolution toute faite. Pour cela, il faut qu'elle soit nette et décisive. Peu importe le reste.

Dans bien des cas, ils savent vouloir, mais ce qu'ils demandent c'est une excitation capable de fortifier la résolution pour qu'elle puisse se réaliser ; ils

la fortifient en y ajoutant des émotions, des sentiments selon les circonstances. Chez beaucoup, le soutient moral ne suffit pas, il leur faut un excitant artificiel, par exemple, de l'alcool, de la morphine, toutes sortes de poisons, ou une excitation intellectuelle : lectures particulières, des idées excitantes. Il arrive quelquefois que la cause de l'excitation émotionnante est une personne déterminée, il ne s'agit pas ici de direction, mais d'une influence morale ou physique capable de donner de la force à ces engourdis. L'excitation peut ne pas être produite par une personne réelle et avoir le même résultat, par exemple ce serait une statue, une peinture, etc. D'autres malades trouvent ce besoin d'excitation dans l'amour, en comprenant l'amour d'une certaine manière. Le plus souvent c'est l'amour platonique.

Ce sentiment de leur infériorité psychologique les amène à éviter les luttes qui exigeraient de leur part des efforts, et à chercher à vivre dans une atmosphère de sympathie.

C'est ainsi qu'ils veulent avoir autour d'eux des personnes affables, douces et agréables, qu'ils désirent être aimés de leur entourage, parce qu'ils ont horreur de rencontrer des résistances, d'avoir à lutter.

Un autre aspect de ces sentiments, c'est la crainte de l'isolement, car dans ce cas ils ne trouvent aucune protection. Ce besoin de protection, cette crainte de la lutte expliquent le développement extraordinaire

des sentiments moraux qui se trouvent en eux, ils tiennent beaucoup à être sincères, justes et très honnêtes.

Aux sentiments précédents, s'ajoute quelquefois un autre sentiment qui semble en contradiction avec le besoin de direction, c'est le besoin d'autorité. La vie est la lutte de deux forces : l'être animé et le milieu ambiant, dont la destinée est réglée par la loi de l'adaptation. Tout être, qui s'adapte aux conditions de la vie, cherche à se modeler sur le milieu ambiant. Nos scrupuleux, au lieu de se modeler sur le milieu ambiant, veulent que le milieu ambiant se modèle sur eux. De là, ce besoin d'imposer l'uniformité, d'exiger qu'on se conforme à leurs propres manières d'être. Ces autoritaires forment trois groupes : l'autoritaire violent qui impose ses pensées, l'autoritaire doux qui supplie d'être obéi, et l'autoritaire qui tour à tour par la violence et par la douceur cherche à commander. De plus, on peut voir d'autres individus qui sont autoritaires pour leur entourage et très soumis vis-à-vis de quelqu'un d'autre. Ce besoin de commander et ce besoin d'obéissance ne se contredisent pas, parce que le sujet cherche à s'adapter au milieu, mais étant d'une activité mentale faible, il n'y parvient pas. L'adaptation à la vie est beaucoup plus complexe. Ce n'est pas seulement par deux méthodes simples d'autoritarisme et de soumission qu'on s'adapte — il faut savoir coordonner et proportionner la volonté suivant les circonstances et les conditions de la vie.

C'est là son caractère essentiel. « Les grands volontaires, dit M. Janet, sont des chefs, et ne sont pas des autoritaires : tout le monde en a senti la différence, ils commandent les grandes choses, en inspirant une direction générale à la conduite et surtout en commandant d'une façon avantageuse pour leurs subordonnés ; les autoritaires commandent dans les petites choses plus que dans les grandes, ne donnent aucune direction générale et laissent trop voir que le commandement a toujours pour objet leur propre intérêt et non celui des sujets (1). »

### B. — Symptômes physiques

Les symptômes psychologiques prennent un tel développement dans la psychasthénie que les signes physiques ou somatiques passent pour ainsi dire inaperçus, cependant ils existent, ils sont les mêmes que ceux qu'on constate dans la neurasthénie.

Les symptômes nerveux le plus souvent observés sont des douleurs céphaliques variables des formes et de sièges. Suivant les malades, les sensations sont différemment exprimées. Les uns traduisent leurs impressions par des bruits, d'autres par de la pesanteur ou du vide, etc.

Au point de vue du siège, la localisation de la douleur est rarement générale ou latérale, le plus souvent la localisation se fait sur la ligne médiane, à

1. P. Janet, *loc. cit.*, p. 395.

savoir sur les régions des fontanelles : le vertex et le point lambda des anatomistes.

Plus rarement les malades se plaignent de rachialgie.

Les vertiges et les éblouissements sont assez fréquents.

Le sommeil est troublé. Beaucoup de malades ont des insomnies, chez d'autres le sommeil est incomplet, léger et traversé par des rêves, et quelques-uns sont plutôt de grands dormeurs, au sommeil lourd et prolongé.

Quelquefois les réflexes des membres inférieurs sont exagérés, mais on ne constate jamais ni le clonus du pied, ni le phénomène de Babinski.

Très souvent, il y a dilatation des pupilles, mais il n'y a pas suppression du réflexe lumineux.

Les troubles des fonctions digestives sont beaucoup plus nets. L'aspect physique de ces malades est caractéristique : pâles, les traits tirés, très souvent maigres, la peau au teint mauvais et sèche, la langue saburrale, l'haleine mauvaise ; et cet aspect physique change rapidement aussitôt qu'ils ont trouvé le calme de leur esprit.

Les travaux de Paolow ont démontré l'influence de l'esprit sur la digestion. En effet neuf mois sur dix les scrupuleux sont des dyspeptiques. La digestion est lente, l'estomac est gonflé et pesant. Les douleurs commencent aussitôt après les repas, ils ont des brûlures, des renvois, du pyrosis, de l'haleine fétide, de la constipation et souvent des migraines. En géné-

ral, ces malades mangent peu et manquent d'appétit, quelquefois ils présentent une exagération de l'appétit, une véritable boulimie. D'autres fois, ils refusent les aliments ou absorbent des quantités minimes de nourriture. Sans doute ces troubles gastriques sont en relation avec les troubles mentaux.

Les troubles gastriques consistent le plus souvent en parésie motrice et sécrétoire : dilatation de l'estomac et de l'hypochlorhydrie. Rarement il s'agit de la maladie de Reissmann. L'adynamie n'est pas seulement gastrique, il y a de la flaccidité de l'abdomen, des ptoses viscérales diverses et du prolapsus.

Les fonctions urinaires ne présentent pas des troubles caractéristiques. Il y a parfois de la polyurie et de la pollakurie. Les urines sont hypoacides.

En dehors des crises d'angoisses et des tics de toux et bruits laryngés, la respiration est normale.

Les troubles les plus fréquents de la circulation sont les palpitations et l'hypotension artérielle.

Du côté du système vaso-moteur et sécrétoire, on observe la sécheresse de la peau, l'absence de larmes, mais quelquefois le phénomène contraire : des sueurs abondantes, surtout à la paume des mains, du larmoiement continuel, de la rhinorrhée invraisemblable ; certaines maladies de la peau en rapport avec les troubles nerveux : de l'eczéma, de l'herpès, de l'urticaire et du prurite.

Les fonctions génitales sont en général affaiblies. L'érection est insuffisante, l'éjaculation prématurée,

la sensibilité émoussée. L'acte incomplet est suivi de fatigue et de mécontentement.

Les règles s'établissent tardivement, souvent il y a des retards, des irrégularités, et des suppressions plus ou moins longues.

Les troubles de la nutrition sont plus ou moins accusés. Presque toujours les malades sont maigres, mais dès que l'esprit se calme, le poids augmente. Les émotions, les différentes agitations, les causes morales épuisent l'énergie du système nerveux.

En un mot, l'influence de tous ces troubles sur l'organisme se traduit par un affaiblissement général qui favorise toutes les infections et particulièrement la tuberculose.

## ÉVOLUTION DE LA MALADIE

Nous avons vu, à propos de l'étiologie, dans quelles conditions se présente la maladie. Plus tard, des circonstances plus on moins banales vont favoriser son éclosion. Avant l'apparition de son début réel, on remarque chez le sujet un état psychologique anormal, car très rarement le début est brusque.

Presque toujours la maladie s'annonce par des signes précurseurs. Ce sont des symptômes qu'on prend volontiers pour de la neurasthénie, mais qui, en vérité, sont l'expression d'un état mental autrement grave. L'individu vit dans une inquiétude perpétuelle, il se plaint d'ennui permanent, d'incapacité

pour tout travail mental, d'une timidité excessive, il exprime des doutes, il remarque en lui de l'automatisme, de l'aprosexie et un besoin de solitude, — autant de sentiments psychologiques. A côté de ces signes subjectifs, il y a des signes objectifs. On constate de l'inertie ou de l'immobilité presque complète chez les uns, de l'instabilité chez d'autres ou encore de l'agitation. Les malades s'agitent sans savoir pourquoi. Très souvent il y a des crises d'entêtement qui sont d'autant plus significatives qu'elles sont motivées. Plus rarement, on constate des tics, car, en général, l'obsession se développe en même temps que le tic. Mais les diverses manies mentales sont très communes dans les débuts de la psychasthénie. Tous ces symptômes deviennent encore plus nets à l'époque de la puberté.

Ainsi, à l'insu du sujet et de son entourage, le mécanisme de la future maladie se préparait ; il suffit dorénavant que les chocs émotionnels surviennent pour que la psychasthénie se développe.

La durée de la maladie est excessivement longue : le minima est de plusieurs mois, quelquefois elle dure toute la vie.

Dans l'immense majorité des cas, c'est une maladie chronique.

Vu la gravité de la maladie et connaissant son évolution, il est de toute nécessité de surveiller de près ces prédisposés pour permettre de faire le diagnostic de bonne heure et lutter à temps con-

tre son développement par une éducation appropriée.

Parce qu'une fois la maladie constituée, il est déjà trop tard, car même si la guérison survient, le traumatisme est effectué dans l'âme du sujet : les rechutes sont fréquentes. Raison de plus, pendant que la maladie est à son début, elle est soigneusement dissimulée par le malade, parce qu'il en a honte.

Ce n'est que plus tard qu'il va révéler son mal à une personne déterminée, mais en le cachant aux autres.

La marche de la maladie est rémittente. Il y a des périodes de calme et des périodes de crise. Dans les périodes de calme, les sujets conservent les symptômes fondamentaux : l'aboulie, l'aprosexie, des manies, des agitations motrices, une tristesse vague, de la panophobie, etc. Pendant ces périodes de repos si les symptômes les plus différenciés, les obsessions et les phobies n'apparaissent pas, néanmoins elles existent en état latent dans la conscience du malade. A l'occasion des circonstances les plus diverses, la crise s'annonce par l'accentuation des symptômes essentiels et est constituée par l'apparition des idées, des émotions et des actes obsédants : obsession, phobie, angoisse, agitation.

Les symptômes essentiels sont l'expression de l'état mental profond du malade, de sa manière d'être, les symptômes constitutifs de la crise sont une systématisation obsédante. Les premiers sont des

stigmates, les seconds sont la maladie proprement dite. Les stigmates nous avertissent de l'existence de la maladie, les états obsédants de la forme de la maladie. Les uns sont nécessaires pour constituer la maladie, les autres pour lui donner sa physionomie individuelle.

Pendant les périodes de rémissions, la malade est relativement calme et peut exercer sa profession, mais pendant les accès, les troubles de l'esprit sont à leur maximum, il est dans une anxiété générale, hors d'état de penser à autre chose qu'à son mal, agité ou immobile, il est au comble de la souffrance. Le paroxysme dure plus ou moins longtemps, puis tout se calme, le malade éprouve un soulagement qui n'est pas autre chose, dit M. le professeur Raymond, que « la détente nerveuse consécutive à la disparition de la crise ».

Les accès apparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés. Leur fréquence dépend du milieu et du degré de l'état maladif du sujet. Les causes de l'apparition des accès ne nous échappent pas, mais on ne peut pas s'expliquer le contenu de la systématisation obsédante, parce que celui-ci dépend non pas du milieu extérieur, mais du sujet lui-même.

La crise obsédante s'annonce brusquement ou par des prodromes. Dans ce dernier cas, les obsédés cherchant, par des moyens de défense différents, à se protéger contre le retour des accès ou à diminuer ces accès quand ils éclatent ou à atténuer leurs effets.

Comme moyen préventif de leurs accès, ils ont recours soit à un appui moral ou matériel, soit à des manies de conjurations.

Les moyens pour combattre les accès consistent à dominer l'obsession par la volonté, ce qui leur est impossible, à s'efforcer de détourner leur attention de l'idée obsédante, c'est pourquoi le malade invente mille trucs, à se distraire, à s'appliquer à un travail absorbant, à chanter ou même à gesticuler.

Beaucoup de sujets savent qu'ils ne peuvent rien contre leur obsession, alors ils cherchent à atténuer les accès ou à empêcher leurs conséquences par des moyens protecteurs aussi variables que les cas qui se présentent.

Certains mouvements volontaires, au début, sont des moyens de défense contre les obsessions, mais ne tardent pas à devenir par leur répétition de véritables tics.

Chez un même malade l'obsession peut être unique ou multiple.

A une idée obsédante peut se substituer une autre idée, soit que l'ancienne s'efface et qu'une nouvelle apparaisse, soit que la nouvelle disparaisse et que le malade retombe dans une ancienne.

Mais il se peut aussi que le nombre des idées obsédantes augmente, alors c'est la généralisation progressive de la maladie qui peut aboutir à la folie.

*Formes cliniques*

Ce qui différencie les psychasthéniques, les uns des autres, ce sont les idées obsédantes, car les stigmates psychasthéniques restent indentiques chez les obsédés.

Les idées obsédantes sont variables suivant les malades et assez stables pour qu'on puisse distinguer des variétés cliniques. Jusqu'à présent, on a essayé d'établir différentes classifications des principales variétés cliniques ; celle de M. le professeur Raymond nous semble la mieux établie. M. Raymond admet six variétés :

Première variété : les douteurs ; seconde : les scrupuleux, dont les obsessions idéatives sont en rapport avec l'intelligence spéculative en vue dans la première variété d'un besoin de l'esprit et dans la seconde d'une préoccupation morale.

Troisième variété : les criminels (kleptomanes, pyromanes, les malades obsédés du meurtre, du suicide, etc.)

Quatrième variété : les toxicomanes (dipsomanes, morphinomanes, éthéromanes, etc.)

Cinquième variété : les pervertis génitaux, dont les obsessions impulsives ont une tendance vers l'acte, mais rarement ils passent à l'acte. En effet, chez les obsédés l'impulsion en général n'a pas lieu, mais lorsqu'elle a une tendance irrésistible comme

chez les kleptomanes ou les toxicomanes, au prix d'un effort, d'une lutte l'acte final peut être évité.

Cependant l'idée obsédante revenant par intervalle finit par s'imposer sous la forme d'une obsession incessante en augmentant le trouble dans l'esprit des malades. Malgré cela les malades luttent énergiquement, ils se rendent compte de tout, ils en saisissent les conséquences. Quelques malades parviennent à vaincre, d'autres accomplissent leur obsession impulsive. Les plus impulsifs sont les pervertis génitaux à cause de l'énergie de l'instinct et les toxicomanes chez qui, en plus de l'obsession, s'ajoute le besoin de l'excitant organique.

Nous ne croyons pas utile d'ajouter la sixième variété, la psychasthénie délirante, parce qu'elle ne forme pas une variété à part. Mais à l'instar de M. le professeur Raymond nous admettons pour chacune des cinq variétés, une variété simple et une variété délirante.

Entre les différentes variétés il n'y a pas une distinction rigoureuse. A côté des symptômes dominants qui forment une variété, on peut trouver des symptômes appartenant à une autre variété.

### Idée fixe et Obsession

L'homme à l'état sain, guidé par les idées se transforme continuellement, et au fur et à mesure que les idées directrices sont incorporées au Moi, d'autres idées naissent et le même mécanisme recommence.

Quelques idées, loin de fuir aussi rapidement que les autres idées, fixent l'attention. Si l'une d'elles prend une importance exceptionnelle et s'impose à l'esprit, elle a le caractère de la fixité. L'idée fixe est une idée qui apparaît dans le cerveau et y persiste jusqu'à ce que le but soit atteint. Un homme qui a une idée fixe n'est point pour cela un fou. L'idée fixe normale est une conception raisonnée, elle concorde pleinement avec le cours régulier des idées, elle ne s'impose pas à la conscience, tout au contraire, elle est jugée, contrôlée et puis seulement acceptée par le sujet. L'idée fixe normale ou l'idée prévalente vise un but qui peut quelquefois même être impraticable, le sujet est simplement dans l'erreur, mais il reconnaît son erreur.

L'idée fixe pathologique ou l'idée délirante est une conception inconsciente qui domine la personnalité psychique, elle n'est pas jugée par le malade, elle est toujours absurde et déraisonnable par suite de son manque de base. Le malade l'admet ce qui prouve que le sens critique ne fonctionne pas. Elle n'est pas consécutive et travaillée comme l'idée fixe normale, elle apparaît inattendue, aussi est-elle irrationnelle. Elle s'installe dans l'esprit du malade, s'associe au réseau de l'idéation dont elle fait désormais partie. Enfin, elle trouve sa raison d'être dans une atteinte grave de la conscience. L'idée fixe pathologique finit par fausser les conceptions encore normales ou par les annihiler. Elle est éminemment dangereuse.

Elle transforme la personnalité. Elle devient le symbole des intérêts, des perceptions, des tendances du malade qui reste insensible à la discussion et par conséquent à la rectification de son idée fausse. Elle est victorieuse, car la raison, le jugement, la critique, en un mot les fonctions intellectuelles sont troublées. L'idée fixe est considérée par la malade comme une idée réelle. De là des déterminations erronées. L'idée fixe finit par entraîner tout un cortège de pensées délirantes, ainsi s'organise une conception délirante, puis un délire qui transforme radicalement la personnalité. C'est alors le système délirant qui est la plus haute expression de l'idée fixe. Le délire systématisé absorbe l'être entier, tandis que l'idée fixe laissait quelque réprit à l'idéation, à la volonté pour les pensées ou les actes qui n'avaient qu'un rapport éloigné avec elle.

Quelle différence y a-t-il entre l'idée fixe délirante et l'obsession ?

On voit que ce qui caractérise essentiellement l'idée fixe, c'est l'inconscience totale du malade. Pour lui, cette idée a la force d'une vérité absolue et aucune démonstration au monde ne pourra la lui faire abandonner.

L'obsession, comme l'idée fixe pathologique, a le caractère de fixité, c'est aussi une idée fixe. Suivant la description classique, l'obsession est une idée consciente, le Moi a toujours conscience de ce qui se passe en lui et lutte contre l'obsession. Le malade

reconnaît sa fausseté, son inutilité, son danger, mais il ne peut s'en défaire.

Donc pleine conscience de l'état, d'où la dénomination délire avec conscience ou obsession consciente. Le malade est obsédé par l'idée qui s'impose à lui, c'est une idée envahissante et cependant le malade n'accepte pas cette idée ni ne peut pas la rejeter, il sent que son idée est absurde, il la juge, il la critique ; mais il croit à la réalité de l'obsession, si non il n'aurait pas eu l'obsession. En un mot, le malade n'arrive pas à une décision, c'est-à-dire à une croyance complète, accepter ou rejeter l'idée obsédante, parce que la volition ne se produit point.

« La volonté, dit Ribot, (1) est un état de conscience final qui résulte de la coordination plus ou moins complexe d'un groupe d'états, conscients, subconscients ou inconscients (purement physiologiques), qui tous réunis se traduisent par une action ou un arrêt. La coordination a pour facteur principal le caractère qui n'est que l'expression psychique d'un organisme individuel. C'est le caractère qui donne à la coordination son unité. »

La volition donc n'est qu'un simple état de conscience. Elle n'est qu'un effet de ce travail psychophysiologique. « En d'autres termes, le travail psychophysiologique de la délibération aboutit d'une part

---

1. Th. Ribot. *Les Maladies de la volonté*, p. 178.

à un état de conscience, la volition, d'autre part à un ensemble de mouvements ou d'arrêts. »

En résumé, la volition est un état de conscience, l'affirmation qu'une chose doit être faite ou empêchée ; mais une fois affirmée, elle devient dans la vie de l'individu un nouveau facteur, et dans la position prise elle marque une suite, la possibilité d'être modifiée, recommencée, empêchée.

« On peut assimiler, dit Richet, les états de conscience divers qui se succèdent en nous aux anneaux isolés d'une chaîne. Peut-être, à côté de la chaîne principale, existe-t-il en outre de petits anneaux épars, ayant une vie intellectuelle propre. Mais ces anneaux sont détachés, isolés, et il n'existe en somme qu'une chaîne principale où tous les anneaux soient en relation réciproque. Chacun des anneaux de la chaîne principale est un état de conscience actuelle, et, ce qui fait sa supériorité sur les anneaux voisins, c'est qu'il est étroitement relié à des anneaux précédents, et qu'il doit se relier à des anneaux à venir. « La conscience nous apparaît donc comme une succession d'états de conscience avec souvenir (1). »

Dans l'obsession, il y a deux phénomènes : la croyance et la critique. Pendant la période de crise, la critique disparaît. Au fond, le malade croit à son obsession, malgré son doute. C'est un état de conscience, mais qui n'est pas accepté par le Moi, il ne peut pas rentrer dans l'unité du Moi, il n'est pas

1. *Psychologie générale* par Charles Richet.

coordonné dans cette unité. *Il y a une sorte de dédoublement de la conscience qui est plus ou moins bien tranché au moment de la crise.*

Si le malade doute, s'il persiste à critiquer son obsession, s'il reste dans son état d'inquiétude extrêmement pénible, nous le croyons, c'est parce que cette unité, cette coordination du Moi est troublée par la présence d'une idée fixe. Le Moi ne peut coordonner dans la chaîne des états conscients un état de conscience inadmissible, mais, quoi qu'il en soit, l'obsession fait partie du Moi.

Cette idée fixe est une idée fausse. Elle lutte pour sa propre existence. Elle triomphe dans la lutte avec Moi. Elle s'impose, elle est irrésistible. Elle cherche à entraîner à sa suite d'autres idées. Tout ce qui est dans le domaine de son pouvoir, elle le domine. Elle s'associe aux idées contiguës. Elle s'efforce d'envahir tout l'esprit. Son existence, sa vie, sa manière d'être prouvent qu'elle a tous les caractères d'idée fixe pathologique.

Si les stigmates psychasthéniques sont l'expression de l'état psychasthénique, l'obsession est symptomatique que les stigmates psychasténiques sont arrivés au dernier degré de leur développement.

Pendant que les états psychasthéniques témoignaient que la personnalité normale était en voie de dissolution et qu'une autre personnalité se formait ; l'obsession apparaît le symptôme pathognomonique que la personnalité psychasthénique est désormais constituée.

Mais nous nous hâtons de dire qu'il n'y a pas de transformation de la personnalité, il y a seulement un dédoublement.

A côté de la personnalité consciente presque normale, se forme une autre personnalité moins importante, mais très puissante.

Pendant la période interparoxystique, l'obsession disparaît dans la subconscience, parce qu'une amélioration temporaire du malade a diminué l'importance de son état psychasthénique. Mais, pour une cause ou pour une autre, dès que cet état prend une prépondérance, l'obsession apparaît, alors elle est irrésistible, elle cherche à gagner du terrain, à se généraliser, à entraîner à sa suite tout l'esprit, c'est la période paroxystique, dans laquelle la conscience disparaît plus ou moins, l'obsession triomphe.

Cette lutte entre la conscience presque normale et l'état de conscience maladif, c'est la vie, c'est l'existence pénible de chaque psychasthénique. En un mot, cette lutte entre Moi, la conscience, et l'état obsédant, l'obsession, ce dédoublement de la personnalité caractérise la constitution définitive de l'état psychasthénique. Par là, l'obsession est un symptôme pathognomonique de la psychasthénie.

L'idée fixe de l'obsession, simple et unique au début, s'associe à toutes les idées par l'association de contiguité, c'est là la base de généralisation signalée par MM. Raymond et Arnaud : un plus grand nombre d'idées rentrent successivement dans la sphère du doute, l'incertitude et l'hésitation devien-

nent la caractéristique de toutes les réactions intellectuelles.

Comme on le voit, l'obsession délirante tend à prendre la forme de délire systématisé.

*
* *

On dit que l'obsession apparaît subitement et involontairement. Ceci est vrai quant à l'éclosion de l'obsession, mais l'obsession loin d'apparaître involontairement et automatiquement a suivi son évolution de développement de l'état psychasthénique ; son éclosion brusque et inattendue, c'est tout simplement son apparition dans la conscience après un travail psycho-physiologique prolongé, l'expression psychique du nouvel état individuel. C'est alors que l'obsession de subconsciente qu'elle était devient une idée obsédante.

De même l'idée fixe délirante n'apparaît pas subitement, longtemps avant elle est précédée par la conception délirante. Celle-ci évolue avec les stigmates intellectuels, et lorsque l'évolution est finie, la conception délirante plus ou moins consciente, fait son éclosion brusque sous forme d'idée fixe délirante.

L'idée fixe délirante est pathognomonique de la dissolution de la personnalité normale. Désormais son rôle sera de transformer cette personnalité. Par la loi d'association des idées par contiguité, le délire va peu à peu se constituer. Ainsi se produit la systématisation délirante, la plus haute expression de l'idée fixe pathologique.

Si quelqu'un appliquait la même méthode de recherche à l'étude de la folie intellectuelle, comme celle que M. Janet a employée à l'étude de la psychasthénie, nous croyons qu'il trouverait que les troubles intellectuels ont leurs stigmates qui sont l'expression du fonctionnement de la volonté générale, c'est-à-dire des volitions dans le mécanisme intime de l'idéation.

« Penser ou répondre à une question, dit Kéraval, c'est trouver une idée initiale qui mette en mouvement l'ensemble des chaînons antérieurement acquis, ou associés qui, jadis, avaient présidé à la mise entrain des autres idées, et qui vous font trouver l'idée finale. » (1)

Qu'est-ce qui peut troubler cette régularité ? Wernicke pense que c'est l'émotivité, l'affectivité.

Mais en est-il ainsi ?

« Le poly-idéisme physiologique, dit Wernicke, suit un certain ordre, sans lequel la conscience n'est pas saisie, n'est point meublée, si l'on veut, des idées qui doivent, en définitive, en constituer la teneur, former en d'autres termes le Moi pensant. »

Mais ou Wernicke se trompe, c'est lorsqu'il conclut que cet ordre des associations conceptionnelles serait en quelque sorte préformé. A quoi sert alors le Moi pensant, la conscience ?

Penser, réfléchir et arriver à une conclusion dans la sphère de l'idéation, n'est-il pas un acte ? La con-

---

1. *Archives de Neurologie*, juillet 1899.

viction, la croyance, la joie ne sont-elles pas des actes, puisqu'elles n'ont été acceptées par le Moi qu'après avoir passé par la délibération, le choix et une adoption. Certes, toutes nos pensées ne sont pas des actes, il y a l'imitation, la suggestion et, comme dit Ribot justement, la volonté est un accident heureux, mais dans le domaine de nos actions physiques, c'est le même phénomène qui se produit : les habitudes, les actes automatiques ne sont pas des actes volontaires.

Ainsi nombre de nos élaborations idéatives sont produites par la volonté comme les actions.

L'ordre, la discipline, l'équilibre, la stabilité, la croyance forte de nos pensées sont l'expression de la personnalité psychique, conséquence de l'unité et de coordination du Moi, car les perceptions ont été conçues nettement avec attention dans les états de conscience intensifs ou après une délibération les volitions ont été élaborées.

Les mathématiques, disait Pierre Lavroff, sont la meilleure gymnastique pour l'esprit. Le grand penseur russe ne se trompait point, car les démonstrations mathématiques ne laissent pas de place à l'ambiguité — les vérités sont nettes et s'enchaînent toutes dans un ordre parfait — il n'y a pas de place pour le doute. — Les psychasthéniques hésitent dans leurs actions, mais ils pensent encore bien. Il y a des individus qui, malgré leur intelligence évidente, hésitent dans leurs pensées, n'ont pas des opinions nettes, bien arrêtées, nous croyons que ce sont ces malades

de l'intelligence, par suite de l'insuffisance des fonctions générales de la volonté, qui forment la clientèle de la folie systématisée.

Certes l'hérédité, et peut-être l'hérédité psychasthénique, engendre des cerveaux ainsi préparés à fonctionner. Plus tard, l'éducation s'y ajoute.

Des conditions déterminantes influent sur ces candidats à la folie systématisée. Puis, avec le développement des stigmates intellectuels, et le plus souvent à la faveur de chocs émotionnels, la conception délirante, qui flottait dans l'esprit d'une façon inconsciente, éclot soudainement sous la forme d'une idée fixe délirante. Depuis ce moment, la transformation de la personnalité commence. Autour de l'idée fixe fausse, d'autres idées dans l'ordre de l'association des idées par contiguïté vont se former, c'est la loi de généralisation. Le délire systématique est constitué.

L'idée fixe ne constitue pas la folie, mais elle est le facteur important de la transformation plus ou moins complète de la conscience du malade.

Les idées, en tant qu'idées, n'ont pas changé de valeur absolue. Les associations des idées suivent leur loi. Le sens critique, le contrôle, le jugement, le raisonnement, la logique en tant qu'opérations intellectuelles, nous le croyons, sont conservés chez le malade. Le débit des associations ne fait pas défaut.

Ce qui est changé chez le malade c'est l'unité et la coordination du Moi, c'est-à-dire la conscience par

suite des troubles dans les fonctions de la volonté générale.

L'idée prévalente physiologique soumise par la conscience à un examen rigoureux, à l'aide des moyens de contrôle dont elle dispose, n'est pas reconnue fausse, parce que le champ de conscience, cette topographie du Moi, n'est plus normal, le Moi est tout autre, il est incoordonné. Le verdict qui sera rendu dans cette délibération sera tel que la personnalité psychique le veut. L'idée normale juste, sera fausse pour lui, puisqu'elle ne correspond pas à son Moi tout puissant, à sa conscience malade ; une autre idée fausse sera vraie et d'autant plus vite acceptée qu'elle sera apte à s'associer aux idées délirantes systématisées.

La conscience, l'unité du Moi, nous la comprenons comme un problème biologique. L'homme fait partie d'un immense organisme social, son unité individuelle doit correspondre aux autres unités qui composent cet organisme. Lorsque la personnalité psychique est transformée, la coordination biologique disparaît de même.

C'est alors qu'apparaît le défaut d'appréciation des relations du Moi avec le monde extérieur, *l'autophilie*, qui correspond aux troubles de la conscience. C'est ce qui arrive justement dans le délire systématisé, la folie systématisée.

En résumé, nous concluons que l'idée fixe pathologique ou l'idée délirante et l'obsession ne diffèrent pas l'une de l'autre quant à la forme, ce qui les

différencie c'est leur puissance d'action sur la conscience.

L'idée obsédante arrive à produire une sorte de dédoublement plus ou moins tranché, de la personnalité consciente ; l'idée délirante, la transformation plus ou moins complète de la conscience.

De là, découlent les symptômes différentiels des deux maladies.

En un mot, le malade psychasthénique et le malade délirant étant partis de deux points différents, mais marchant sur la même route se rencontrent à la frontière de la folie pour être désormais ensemble et chacun avec son délire systématisé plus ou moins différent.

### Délire et Raison

Chaque individu réagit envers le milieu environnant suivant sa propre manière.

Les sensations, qui provoquent chez lui les différentes réactions, se manifestent le plus souvent par des signes extérieurs. Ce n'est d'ailleurs que par les signes extérieurs de l'individu que l'on peut saisir une conscience. On ne comprend celle des autres qu'en la rapportant à la sienne propre.

C'est par nos propres sentiments que nous comprenons notre prochain. Lorsqu'un sujet manifeste des réactions complètement différentes de celles de la majorité des autres hommes, on regarde l'individu qui les manifeste comme aliéné.

« Entre tous les aliénés, dit Richet, il n'y a qu'un seul point commun, c'est qu'ils ne raisonnent pas comme les autres hommes. » (1).

L'aliénation mentale n'offre donc pas une classe bien déterminée et bien définie.

Entre l'état normal et l'état de folie, il y a une zone de transition qui n'a rien de définitif.

Cependant la conception du délire offre une délimitation plus étroite. Ce dernier terme diffère de celui de la folie et a un sens plus précis. Il ne forme pas la folie et ne la détermine pas. Le délire est une conséquence des troubles de l'esprit, un symptôme surajouté et constant de la folie ; mais ce symptôme n'existe pas seulement dans l'aliénation, il peut se présenter dans presque toutes les manifestations morbides de l'organisme, par exemple, le délire des maladies infectieuses, le délire des agonisants, le délire provoqué par les poisons, etc.

« Mais le délire des aliénés (2), dit M. Richet, diffère notablement du délire des fébricitants et des ivrognes, à savoir :

« 1° D'abord la surexcitation intellectuelle n'existe pas toujours : les formes dépressives sont plus fréquentes ;

« 2° La notion très différente de celle que peuvent avoir la très grande généralité des individus du monde extérieur ;

---

1. *Dictionnaire de Physiologie.*
2. *Dictionnaire de Physiologie.*

« 3° La systématisation d'une idée fixe fausse devenue fixe et inébranlable, car autour de cette idée fausse comme centre, vont se grouper quantité d'idées fausses accessoires, et l'ensemble constitue un état de complet délire. »

Cependant entre le délire non vésanique caractérisé par des représentations mentales soumises à tous les caprices des associations les plus variées et sans orientation directrice, et le délire des aliénés à systématisation absolue, véritable construction logique, les intermédiaires sont nombreux et les rapprochent, dans une certaine mesure l'un de l'autre. Dans un cas, il semble que le sujet est le jouet des conceptions, dans l'autre il les commande et les soumet à une direction. Quoi qu'il en soit, le terme délire désigne ces nombreux états.

Mais quelle est la genèse, la nature et le mécanisme psychologique du délire ?

Il existe deux sortes de phénomènes psychiques ou cérébraux : ceux qui se manifestent avec la conscience et avec la volonté de l'individu et ceux qui se produisent automatiquement. Les découvertes de la physiologie des centres nerveux inférieurs nous ont appris les lois de l'action réflexe. Les mêmes lois président dans le cerveau, mais étant un organe perfectionné, il a en plus la fonction de coordination. Toute sensation produit une idée et, de celle-ci, comme d'un centre de réflexion, peut émaner un acte. Supposons une sensation erronée, l'individu qui en est impressionné la considère comme erronée

et la repousse, mais à la longue elle prend pour lui un caractère de réalité qui sera désormais une idée délirante. Il y a donc une certaine dualité dans le *Moi*. Il y a le *Moi* qui conçoit et il y a le *Moi* qui dirige les idées. Si la direction manque, le désordre est inévitable, et les illusions, les hallucinations en sont la conséquence nécessaire. Le délire, c'est un rêve a dit Lasègue. En effet, le caractère essentiel du rêve, c'est l'automatisme intellectuel, c'est-à-dire l'exercice involontaire des fonctions psychologiques. De là un manque d'équilibre, de là l'incohérence des idées, leur défaut d'enchaînement.

Ainsi, l'automatisme consiste dans l'association des idées séparées de leur régulateur habituel — le pouvoir directeur. Tous les modes d'associations des idées sont ébauchées dans les nombreux délires. Dans les délires toxi-infectieux, les associations d'idées se font au hasard et sans ordre, sans lien logique. Dans les autres délires, au contraire, il y a de la systématisation représentant même souvent le plus haut degré de synthèse mentale. Ici les associations ne se font pas au hasard et la coordination des idées est parfaite.

La synthèse mentale constituée, c'est la croyance, c'est la conviction. Et la croyance, a dit un penseur, fait agir. Cette croyance se forme sans le contrôle du pouvoir directeur.

« Les associations des idées sont le seul élément, disent Vaschide et Vurpas, qui semblerait entrer en jeu dans les divers phénomènes délirants, ou plutôt

le seul élément qui permettrait de caractériser le délire. »

Les lois de la nature ne changent pas, elles sont immuables. Ce qui change, ce sont les circonstances. « Dans les circonstances déterminantes, dit Claude Bernard, se produisent toujours les mêmes phénomènes. »

Le délirant ne se trouve plus dans les mêmes circonstances que l'homme normal, il n'a pas le pouvoir directeur, ni le sens de la réalité.

La croyance qui se produit chez le délirant est la conséquence de la loi d'association qui régit les phénomènes psychologiques et qui est comparable, dit M. Ribot, à la loi d'attraction dans le monde physique. Et si cette croyance est logique, c'est que la logique semble être sous la dépendance de la même loi d'association.

Malgré la synthèse, malgré la logique, le délirant n'aboutit pas à la raison, parce que c'est autre chose d'avoir une croyance et d'avoir la raison.

« L'état de saine raison (1), dit M. Charles Richet, paraît être constitué par ces deux phénomènes fondamentaux : d'abord *la notion complète de la réalité*, notion qui est analogue et presque identique à celles qu'ont les autres hommes ; ensuite, *le pouvoir directeur*, inhibiteur qui constitue l'attention de la volonté. Au contraire, l'état de *délire* est un état psychique dans le quel la notion de la réalité est nulle (rêve)

1. *Dictionnaire de Physiologie.*

incomplète (ivresse) ; différente de celle qu'ont les autres hommes (aliénation) ; et dans lequel aussi le pouvoir d'attention est diminué ou aboli. Autrement dit encore, la perversion fonctionnelle de l'intelligence porte avant tout sur l'appareil de coordination, de direction et de régulation des idées.

« Avoir sa raison (1), c'est être en pleine possession de soi-même, rectifier les conceptions par les sensations extérieures et juger souverainement. Ce *moi* qui juge, rectifie et dirige, c'est la volonté, c'est aussi l'attention. Cette volonté n'est pas un être fantastique, une forme de langage, c'est quelque chose de réel, d'actif et de puissant. Elle est le résultat des habitudes antérieures, des forces héréditaires, aussi bien que des sensations recueillies de tous côtés pendant des années. Elle a un pouvoir indiscutable : elle force les idées à suivre une direction constante, elle élimine à son gré les impressions du dehors et donne aux conceptions un sens déterminé dont elle est maîtresse. Cependant il se passe dans le cerveau une infinité d'actes dont nous n'avons qu'à peine conscience, et qui, grâce à elle, passent à peu près inaperçus et ne viennent pas nous troubler .. Voilà la grandeur de l'intelligence humaine ; c'est que non seulement elle conçoit, mais elle est sa maîtresse et sa souveraine.

« Quand, par une substance toxique, on altère cette faculté de la réflexion et de la volonté, on altère

1. *L'homme et l'intelligence*, par Charles Richet.

l'intelligence dans ce qu'elle a de plus élevé et de plus puissant. On ne sait jamais assez tout ce que pourrait l'attention et tout ce que la volonté nous donnerait. Vouloir c'est pouvoir. L'attention concentrée sur une idée la rend tellement éclatante qu'elle peut, dans certaines circonstances, et chez certaines personnes, la faire apparaître sous une forme imaginatrice avec autant de splendeur que si l'intelligence était surexcitée par l'alcool ou l'opium.»

*En résumé*, ce qui fait la raison, ce n'est pas la quantité des idées, ce n'est pas le savoir, ce n'est pas non plus la logique ni le sens critique, ni le jugement, c'est l'équilibre stable des idées et la coordination psychique accomplie par la volonté, dont l'état de conscience, pareil à un satellite, éclaire le travail prodigieux. « La volonté, dit Maudsley, est la force de l'ordre le plus élevé que la nature ait encore produite, la dernière efflorescence consommée de toutes ses œuvres merveilleuses. »

## PSYCHASTHÉNIE ET DÉLIRE

Les obsessions, au point de vue mental, semblent ne pas compromettre la raison. En effet, l'opinion générale des savants admettait une opposition fondamentale entre les *obsessions* et les *idées délirantes*. Et le Congrès international de médecine mentale tenu à Paris en 1889, adoptait et votait les conclusions du rapport de J. Farlet « sur les obsessions

avec conscience » ; au nombre de ces conclusions, se trouvent les deux suivantes : « Les obsessions ne présentent jamais d'hallucinations. Elles ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales ». C'est encore aujourd'hui l'opinion de la plupart des auteurs, en particulier celle de MM. Magnan et Legrain : « Mais, c'est un fait remarquable, jamais dans un cas, on observe la moindre modification du syndrome, qui reste toujours semblable à lui-même, il n'évolue pas, il ne se transforme pas ; jamais il ne devient l'origine d'un délire proprement dit, comme on l'écrit quelquefois, en confondant l'idée obsédante avec l'obsession pure ; jamais il ne se termine par la démence (1). »

Cependant un grand nombre d'auteurs étrangers et français ont rapporté des cas d'obsessions aboutissant à un délire proprement dit. Ils soutiennent que l'obsession a certains rapports avec la folie et qu'elle peut se terminer par quelque psychose, notamment par la mélancolie ou la paranoïa.

Cette question des rapports de l'obsession et du délire est aujourd'hui encore discutée.

Certes, l'opinion sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire tend à prévaloir.

En 1889, seul Charpentier en France combattit les conclusions du rapport J. Farlet.

Aujourd'hui, l'opinion de Charpentier est défendue par Pitres et Régis, Lalanne, Séglas, et dans plu-

1. *Les Dégénérés*, 1895, p. 164.

sieurs travaux MM. Raymond et Arnaud ont soutenu la même opinion.

M. Janet écrit : « Il faut que le trouble psychasthénique soit en général bien léger pour qu'il n'aboutisse pas plus vite et plus souvent à des délires. »

Ici, comme en toute chose, il faut laisser parler les faits. Nous avons recueilli une trentaine d'observations dans la littérature médicale, nous avons cherché à présenter dans notre thèse les cas les plus variés et toutes les formes des délires en rapport avec les obsessions.

Voici ces observations :

## OBSERVATION I

(Rapport du XII[e] Congrès international de Moscou ; 4[e] volume, 1[re] partie, p. 83.)

Madame X..., âgée de trente ans, actuellement enceinte de huit mois et demi, est née d'une mère nerveuse et impressionnable, après une grossesse difficile toute remplie d'émotions pénibles, occasionnées d'abord par l'incendie de la maison d'habitation qu'occupait la famille, et ensuite par de nombreux revers de fortune.

La grand'mère du côté maternel, très nerveuse, serait morte d'un « transport au cerveau » avec grande agitation. S'agit-il d'une attaque d'apoplexie ? — Je n'ai pu avoir de détails plus précis.

Rien de spécial pour le père, mort à quarante ans d'une affection du cœur et non alcoolique.

En ligne collatérale : un frère mort phtisique à trente-cinq ans, après des excès de toutes sortes, garçon mal équilibré extrêmement nerveux et sujet à des crises d'agitation ; une sœur non mariée, un peu plus âgée que ma malade, très émotive et ne pouvant, par un sentiment instinctif, dit-elle, rester dans une pièce dont les fenêtres et les portes sont fermées. Dans ces conditions elle a peur d'étouffer. En entrant dans un appartement elle regarde toujours avec appréhension si l'on ferme la porte derrière elle, et est fortement impressionnée si ce fait se produit.

En ligne descendante, Mme X... a deux petites filles très nerveuses de neuf et huit ans. Les deux enfants sont surveillées avec le plus grand soin par la mère à cause de leur tendance à l'onanisme.

A la suite de sa première couche, Mme X... fut très fatiguée. Pendant six semaines, en proie à l'insomnie, elle s'imaginait qu'elle allait couper le cou de son enfant, et cette pensée prenait tant d'empire sur son esprit qu'on dut la garder attentivement, car, nous dit le mari, elle aurait mis à exécution son idée fixe.

Avec le retour progressif des forces, cette obsession diminua, mais son émotivité naturelle qui se traduisait par une facilité extrême à rougir, bien qu'elle ne soit pas naturellement timide, commença à la faire souffrir. C'est ainsi qu'elle rougissait dans des circonstances particulièrement désagréables.

Venait-on à parler devant elle d'un acte indélicat, d'un vol, d'un abus de confiance, aussitôt ses joues s'empourpraient, ce qui lui causait un grand trouble, car elle pensait qu'on la soupçonnerait d'être de connivence avec celui ou

ceux qui avaient commis cet acte. Mais cet état ne tarda pas à empirer.

Entrait-il dans la maison un domestique, un fournisseur, un employé, gens subalternes pour lesquels elle avait un certain mépris et auxquels elle donnait ses ordres d'une façon impérieuse, elle conservait son calme et ne se troublait point.

Tout autre était la situation quand elle recevait des hommes appartenant à sa classe sociale, des amis de son mari par exemple. Dès leur entrée, elle se sentait envahie par une rougeur pénible, accompagnée de sueurs à la face, à la poitrine et sur le dos, avec un sentiment de suffocation qui lui étranglait la voix dans la gorge. Néanmoins, elle faisait les honneurs de sa maison, comme elle le devait, mais, ensuite, seule, elle pleurait de rage en se tenamt le raisonnement suivant : « On m'a vue rougir, donc on va supposer que cet homme est mon amant, et lui-même, cet homme, va conclure de mon état que si je me trouble ainsi à sa vue, c'est que je désire être sa maîtresse. »

Après une seconde grossesse, le mal augmente encore en ce sens que tout le temps cette femme fut préoccupée de cette idée, rougissant, même seule, à la pensée que telle ou telle personne avait pu la remarquer.

Son mari et ses enfants avaient jusque-là prêté peu d'attention à cet état, lorsqu'il y a environ deux mois, la plus jeune des petites filles fit simplement cette réflexion : « Maman tu es rouge ».

Aussitôt M^me^ X..., qui se promenait dans la rue, fit le raisonnement suivant : « Tel individu est passé à côté de moi, il m'a regardée, et cela m'a fait rougir, cette enfant va croire

que cet homme est mon amant, et ma fille va être scandalisée sur mon compte ».

Rentrée chez elle, elle refuse de dîner, et repassant continuellement dans son esprit l'incident de la journée, elle a une nuit fort agitée. Les circonstances de la vie ramenant à chaque instant la cause de son obsession, elle finit par se nourrir très irrégulièrement, les nuits sont mauvaises, elle maigrit. pleure une partie de la journée, et il y a lieu d'être préoccupé sur l'issue de la grossesse.

Cependant l'intelligence de cette femme paraît intacte, elle raisonne sans difficulté sur un sujet quelconque et elle tient bien sa maison. Elle ne présente aucun trouble de parole, aucune incohérence dans les expressions qu'elle emploie. Toutefois, son caractère a subi de notables modifications. Très gaie jadis, elle est maintenant triste, sombre, préoccupée, elle ne parle de rien moins que de se suicider et l'on doit de nouveau la surveiller de peur qu'elle ne mette son projet à exécution,

La sensibilité est normale et l'hystérie tout à fait hors de cause. Les digestions sont le plus souvent laborieuses et la constipation est habituelle.

Pendant la nuit, M^me^ X... a des transpirations abondantes déjà notées. Elle s'est plainte de fleurs blanches à diverses périodes de son existence ; les règles sont très régulières.

Il n'y a dans les urines ni sucre ni albumine ; le résidu après évaporation permet de constater au microscope la présence de phosphates terreux et de prismes de phosphate ammoniaco-magnésien.

C'est une malade héréditaire de par la lignée

maternelle ; en ligne collatérale un frère sujet à des crises d'agitation, une sœur clostrophobe. A la suite de sa première couche, la malade a l'obsession du remords, puis à la place de cette obsession, plus tard s'installe l'obsession de la rougeur.

On constate même la cause de son apparition : la malade rougit dans certaines circonstances déterminées, à savoir : quand on parle d'un acte indélicat, d'un vol, d'un abus de confiance, etc., et elle pense qu'on la soupçonne. C'est l'obsession de honte, accompagnée de son élément émotif, l'émotion, cause de la rougeur. On voit ici comment l'émotion est un effet psychologique. L'observation dit : « elle donnait ses ordres d'une façon impérieuse », caractère autoritaire. Ainsi, l'idée obsédante n'est que le revêtement extérieur d'une synthèse secondaire qui se forme en elle, par suite des troubles dans les fonctions de la volonté, l'aboulie. Si l'obsession devient ici érythémophobie, c'est parce que l'obsession est un scrupule.

Quoi de plus noble que l'amour de son enfant et l'honnêteté ! Et justement, elle est obsédée par l'idée de couper le cou de son enfant et qu'on la soupçonne qu'elle est malhonnête.

Mais son état empire : elle ne pense plus qu'on la soupçonne, mais *elle croit* qu'on suppose qu'elle a un amant, car elle rougit.

Cette observation est intéressante à ce point de vue qu'elle nous montre comment l'obsession se transforme en une idée délirante.

## OBSERVATION II

(Rapport du XII^e Congrès international de Moscou, IV^e volume, 1^re partie, p. 85.)

M. Y..., âgé de vingt-trois ans, employé de commerce, d'une santé générale d'apparence satisfaisante, compte parmi ses ascendants un père mort de congestion cérébrale à l'âge de soixante-quatre ans, une mère ayant succombé à cinquante ans, par suite de la rupture d'un anévrisme.

Enfant, il n'a eu aucune maladie particulière infectieuse ou autre, mais il se souvient qu'à l'école il était si timide qu'il se trouvait dans l'impossibilié absolue d'écrire quand l'un de ses camarades le fixait, alors il devenait cramoisi.

Jeune homme, à dix-sept ans, préoccupé et humilié de ce singulier état d'esprit, désirant vivement surmonter ce qu'il considérait simplement comme un manque de hardiesse, il se mit à fréquenter les cafés et les filles et contracta une blennorragie dont la durée avec recrudescences fut de près de deux ans.

L'ennui causé par cette maladie qu'il dissimulait soigneusement à ses parents et toutes les préoccupations résultant de cette contrainte ne parvinrent pas à modifier l'obsession dont il était atteint.

Au contraire, le mal ne fit que s'aggraver.

Fatigué par un écoulement abondant qu'il soignait mal, n'allant que de loin en loin aux consultations gratuites, il cessa tout à fait d'assister aux représentations des divers théâtres de la ville, représentations pour lesquelles il avait le plus grand

attrait ; il lui semblait que les regards de tout le monde, acteurs et spectateurs, étaient uniquement dirigés sur lui pour jouir de sa confusion et son anxiété devenait extrême.

Le service militaire et la vie mouvementée qu'il comporte ne purent le débarrasser de cette inquiétude mentale. A l'exercice, aux revues, il s'imaginait que tous, officiers et soldats, le surveillaient pour le voir rougir, et concentré dans cette appréhension, il était puni à chaque instant pour son manque d'exactitude et de régularité, à cause des distractions que son idée fixe lui occasionnait dans l'accomplissement des divers travaux et corvées qu'on lui commandait.

Actuellement, il exerce un emploi dans lequel ses relations avec le public sont peu considérables, étant garde-magasin et seul, la plupart du temps. Mais lorsqu'il rentre chez lui le soir son angoisse recommence, il se sent oppressé, la sueur lui monte au visage, et il est persuadé que tous les voisins se mettent aux portes pour le regarder passer et rire de son trouble. Il se trouve alors tellement découragé qu'il songe toute la journée à ce moment où son travail va finir. Il prend des chemins détournés, passe par des quartiers déserts pour s'en revenir à son domicile. A certains moments, il me dit avoir songé sérieusement et de sang froid à se suicider, pour échapper à ce tourment répété et pénible pour lui.

L'examen des divers appareils ne révèle rien de spécial. Le cœur et les poumons sont intacts, les urines normales, sauf quelques filaments et des globules blancs dus à la persistance d'un peu d'urétrite blennorragique chronique. Ni pertes séminales ni onanisme. Les fonctions intestinales s'accomplissent régulièrement.

Pas de stigmates hystériques, troubles visuels, phénomènes

douloureux à la pression, etc. Aucun signe d'absence susceptible de se rattacher à l'épilepsie.

Le raisonnement et l'intelligence paraissent intacts, le visage trahit la fatigue de cette lutte continuelle et désespérée et le caractère est sombre et maussade.

Assez rarement, j'ai vu ce malade rougir en dehors des premières consultations que je lui ai données. Il se présentait timidement, baissait les yeux comme un enfant. Son visage s'empourprait : il était alors soulagé, me fixait avec assurance, répondant à toutes mes questions et s'entretenant longuement de son état.

Chez ce malade, nous constatons : timidité, inquiétude, scrupule, obsession de rougeur. Et pour créer son idée délirante de persécution, il passe par trois stades : 1° aux représentations des divers théâtres de la ville, *il lui semblait* que tout le monde le regardait ; 2° aux revues, *il s'imaginait* qu'on le surveillait pour le voir rougir ; 3° et enfin, plus tard, *il était persuadé* que tous les voisins se mettaient aux portes pour le regarder passer et rire de son trouble, car il rougit.

## OBSERVATION III

(Lanterès.— Thèse de Paris, 1885.)

*Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité*

L'observation suivante se rapporte à un homme fort, robuste, blond, à tempérament névroso-sanguin, âgé de trente-deux

ans. Fils d'un gynécologue très distingué, il exerce lui-même à Paris, de la façon la plus honorable, la profession de chirurgien-dentiste. Nous ne pouvons au point de vue de l'hérédité, que mentionner un état assez sensiblement nerveux, de sa mère.

Disons tout de suite que M. X... est un homme courageux, dont les états de services, pendant la malheureuse guerre de 1870, lui ont valu la proposition pour la croix de la Légion d'honneur. Il est même intéressant d'ajouter que cet émotif, qui a peur, encore aujourd'hui, la nuit, faisait bravement ses rondes d'officier aux avant-postes. Ce détail a son importance, comme on va le voir.

Pendant sa jeunesse, M. X... fut toujours un exalté ; à l'époque de sa première communion il se fit remarquer par sa piété. Chose singulière, ce malade, fort intelligent, nous le répétons, qui se rend admirablement compte de son état, au point de devancer nos questions, nous avoue qu'en faisant ses devoirs, il lui arrivait très souvent de se dire en lui-même : « Si, quand le surveillant sera arrivé (en se promenant) à tel pupitre ; ou, si, au premier coup de cloche, je ne suis pas arrivé à ce passage de mon travail, eh bien ! je veux mourir et aller aussitôt à Dieu » — Après nous avoir raconté cela en riant, M. X... ajoute : « Et j'éprouvais, dans ces moments-là, plus qu'une extase, une sorte d'érésisme nerveux accompagné de voluptueux frissons ! »

Donc, vers l'âge de six ans, le jeune X... (alors en pension au séminaire d'Yvetot) assista à une représentation offerte par les élèves au directeur de l'établissement.

Au cours de la pièce, un élève (le magicien) devait évoquer « le diable ». Ce dernier s'était complètement noirci le visage.

X..., assis au premier rang, pousse un cri de terreur à l'apparition du diable, qui, se tournant vers lui, fit quelques grimaces. Le lendemain, le pauvre enfant était à l'infirmerie.

Malheureusement, une deuxième représentation devant avoir lieu ce jour-là, la fatalité voulut que « le diable » vînt précisément se grimer à l'infirmerie transformée, pour la circonstance, en loge d'acteur. Nouvelle terreur, et cette fois plus profonde, du jeune X...

Quel fut le résultat de cette peur !

De créer un *émotif*, un *phobe* !

A dater de ce jour, malgré tout, âge, position, science, réflexion, *conscience de son état*, M. X... n'a jamais cessé de revoir « le diable » — non pas un diable quelconque, mais celui-là même qui a frappé la cervelle du bambin. Que M. X... rentre seul dans son appartement, non éclairé, et la vision du séminaire d'Yvetot lui reparaît dans toute sa netteté. Il le sait bien, il le dit bien : tout cela est puéril, sans consistance, mais en dépit de sa bonne volonté, il ne peut se débarrasser d'une impression déjà vieille de vingt-six ans

De là, aux terreurs nocturnes, à la claustrophobie, à l'impossibilité de s'endormir sans lumières, il n'y a qu'un pas, et il a été franchi. M. X..., marié depuis douze ans, a, jusque dans ces derniers temps, dormi la tête sous ses draps.

Sa femme est, en ce moment, à la campagne, il ferme soigneusement sa chambre à clef, met son revolver à portée de sa main, se relève pour visiter son appartement, et dort d'un œil jusqu'au petit jour, alors il rouvre sa porte pour que la bonne ne s'aperçoive pas de ces précautions nombreuses.

M. X... défend formellement qu'on effraie ses enfants : c'est le seul résultat heureux de ses vives inquiétudes.

Très accessible au vertige, il a, en outre, une nature sensible au dernier degré... s'il arrache une dent à un de ses clients, c'est lui qui pleure tout en menant à très bonne fin son opération.

Voilà, nous pensons, un vrai type de psychopathe avec parfaite lucidité d'esprit, invasion brusque, frayeur persistant pendant vingt-six ans, peur et terreur classiques, sur lesquelles rien, ni raisonnement, ni éducation, n'ont pu agir. Et sur tout cet ensemble lucidité absolue, conscience précise de l'état et désir de rejeter au loin l'obsession « du diable noir ! »... mais ce dernier s'imposa quand même toujours.

Un soir, nous montons à minuit chez M. X..., en même temps que lui, pour nous assurer de la réalité du récit, sous un prétexte quelconque. A peine sommes-nous dans cet appartement inhabité, qu'à la lueur de notre simple bougie, dès que la porte est fermée, nous voyons M. X... en pleine angoisse, pupilles dilatées, sueurs profuses, dyspnée légère, voix émue, rien ne manque au tableau.

M. X... arme, en souriant, lui-même, son revolver, et nous prie de ne nous retirer, que lorsqu'il se sera barricadé dans sa chambre. Il sait que le diable ne viendra pas... mais cependant, si...! »

Nous lui souhaitons le bonsoir, et nous nous retirons absolument frappé de ces faits si curieux.

Malade impressionnable, scrupuleux, avec manies de conjurations. En un mot, un psychasthénique. Le choc émotif se produit à un moment donné de sa vie et l'obsession apparaît. Il devient démonopathe externe. Mais l'obsession ne s'arrête pas à sa période

de doute, elle se développe davantage, elle devient une croyance, mais d'une façon alternative, c'est-à-dire dans des circonstances déterminantes : lorsque le malade se trouve seul chez lui, le soir, pendant l'absence des siens. Pourquoi ? Deux phénomènes se produisent en ce moment : 1° seul, il scrute davantage son obsession qui est une idée simple en tant qu'obsession, mais à force de l'interpréter celle-ci triomphe, car d'autres idées s'y ajoutent, son cercle s'élargit ; 2° l'obsession fait tache d'huile dans sa conscience, puisque la personnalité consciente n'est plus en relation avec le monde extérieur : l'attention est détournée. La nuit apporte en plus, à cet émotif, la peur qui est un élément de dissolution. Le manque de volonté augmente. Pour ces causes différentes, la conviction s'installe dans son âme : le malade est en état de défense, il est obsédé avec des idées délirantes de défense, dans son délire de persécution religieuse.

## OBSERVATION IV

(Féré, *Pathologie des Emotions*, p. 410)

*Syphiliphobie. — Suicide.*

En 1877, un employé de commerce âgé de trente-huit ans fréquentait presque toutes les consultations de l'hôpital du Midi.

Il avait été atteint d'une balono-posthite et il lui restait une

sensibilité extrême du prépuce et du gland, sensibilité qu'il entretenait par des lavages répétés quelquefois plus de vingt fois par jour.

Cet individu, sur les antécédents névropathiques duquel je n'ai pas fait alors d'enquête suffisante, paraissait bien constitué et vigoureux ; il était toutefois presque complètement imberbe et ses organes génitaux étaient peu développés. Depuis son enfance il était livré à la masturbation, et il a continué ses manœuvres jusqu'à ces derniers mois, parce depuis l'âge où il aurait pu voir des femmes il craignait tellement une infection qu'il n'avait jamais pu se résoudre à en courir les risques. Huit jours avant de se présenter à la consultation pour la première fois, il avait passé le Rubicon grâce à la complaisance de la femme d'un de ses amis avec lequel il s'était souvent entreteuu de ses craintes et qui le poussait au mariage comme seul procédé d'éviter tout risque.

L'assurance de mari avait enhardi B... Le lendemain, ce fut un désespoir lorsqu'il constata une inflammation locale et superficielle qui n'a jamais été assez intense, pour provoquer des douleurs. B... se croyait infecté de la syphilis, et se voyait atteint de toutes les lésions qu'il avait vues figurées dans les musées anatomiques A sa première visite on lui affirma qu'il n'avait rien qu'une affection légère, qu'il ne pouvait pas avoir la syphilis deux jours après un coït unique, etc., il finit par se laisser convaincre, et il ajoutait : « D'ailleurs c'était une femme mariée et elle est honnête. » Mais pendant plus de trois mois, il revient au moins une fois par semaine consulter l'un ou l'autre des médecins du Midi, ou les internes qu'il pouvait prendre au passage, et ne partait qu'apsrè

une argumentation en règle, et en ne manquant pas de se rassurer lui-même : « D'ailleurs c'est une femme mariée et elle est honnête. »

Un jour il revint à la consultation de M. S..., qui avait été absent, qu'il n'avait pas encore vu. La même argumentation rassurante est suivie du même acquiescement.

Mais le malheureux B... avait à peine fini sa phrase que M. S..., qui laissait rarement passer l'occasion d'une plaisanterie, lui dit en riant : « Vous vous croyez donc bien beau garçon, que vous êtes convaincu qu'une femme honnête n'a pu faire une bêtise qu'avec vous. » A cette simple remarque B... pâlit et devint tout tremblant. On eut beau lui expliquer la plaisanterie, rien n'y fit, il avait été convaincu du coup que sa sécurité n'était pas légitime, il était sûr qu'il avait la syphilis et qu'il en mourrait. Quelques semaines après, nous avons appris que B... s'était asphyxié.

Ce malade est l'exemple d'un individu irrésolu, sans courage et douteur. Ce n'est pas un homme pareil qui est capable d'acte volontaire. Là où il faut une délibération, il est incapable de prendre une décision, il lui est impossible de choisir et d'arriver à une exécution où quelquefois il y a des risques. Se décide-t-il, malgré lui, poussé par la passion, un accident se produit. C'est alors qu'il faudrait se montrer maître de soi et demander à la volonté toute sa puissance. Mais comme le malade n'en a pas, il aboutit à un désastre.

Cette observation est instructive en ce sens : c'est qu'il n'est pas bon de déranger l'équilibre instable

des idées, si l'homme ne possède pas le pouvoir directeur, l'attention et la volonté capables de dompter une idée qui surgit au fond de la conscience et entraîne l'intelligence à la dérive. C'est ici qu'il y a lieu de se rappeler les paroles célèbres de Socrate : « Connais-toi toi même. »

Le délire s'installe ici d'une façon précipitée, c'est le délire hypochondriaque, probablement la nosophobie, la pathophobie, a évolué désormais sur un terrain de mélancolie, tout voisin de la psychasthénie.

## OBSERVATION V

(Nicoulau. — *In Annales médico-psychologiques*, 1892, vol. XV, p. 183.)

### *Thanatophobie et suicide*

Mlle X... Léontine, âgée de cinquante-deux ans, couturière, entre à l'asile le 24 février 1891. C'est une femme de taille moyenne, à tempérament lymphatique nettement établi, exempte d'infirmités, mais alourdie par l'adipose. Les traits, fortement empâtés, n'offrent rien de caractéristique ; le facies témoigne d'une intelligence médiocre, et au moment où nous l'examinons, la malade, vingt-quatre heures après son entrée, ne dénote nullement un fond de tristesse ou d'anxiété. Le crâne appartient au type brachycéphale. Le front est bas, étroit, la mâchoire inférieure puissante sans prognatisme ; la voûte palatine, à très court diamètre transversal, se creuse profondément en carène ; les dents manquent pour la plupart et se

montraient mauvaises dès la jeunesse ; les oreilles sont grandes, massives, lourdement dessinées et pourvues de lobules très étalés, mais non sessiles.

Les antécédents de Mlle X... révèlent à l'étude de nombreuses tares familiales et des faits personnels caractéristiques.

Son père se livrait à l'intempérance, et s'est, à l'âge de *cinquante-deux ans*, donné la mort par la corde ; le tout, pour avoir, étant comptable, fait dans ses écritures une erreur de *10 francs*

M. X..., avait épousé Denise R..., indemne personnellement comme dans ses origines de toute perturbation intellectuelle ; elle mourut également à l'âge *de cinquante-deux ans* d'une rupture d'anévrisme.

Six enfants provenaient de cette union : Adèle, en traitement dans une maison de santé ; Joseph, menacé d'aliénation ; Edouard, *mort à cinquante-deux ans* par affection cardiaque, état mental inconnu ; Léontine (sujet de l'observation) tentatives multiples de suicide, meurt phtisique ; Esther, aliénée, aujourd'hui guérie ; a fait deux tentatives de suicide.

La demoiselle Léontine X..., s'est dès l'enfance, signalée comme anormale ; tardivement développée, elle n'a jamais pu apprendre à lire et reconnaît elle-même son peu de facilité en toutes choses. Elle n'est cependant pas inintelligente et s'exprime avec clarté ; elle comprend les questions qu'on lui pose, répond nettement, et presque toujours avec une exactitude qu'ont corroborée les renseignements pris d'autre part. La mémoire quoique un peu affaiblie, persiste donc assez précise.

La vie de Mlle X... a été calme, comme peut l'être celle d'une modeste ouvrière, sans grand horizon ; aucun événement important ne l'a traversée, sauf la mort de ses proches ; ou, du moins, c'est le seul qui ait paru réagir sur elle, comme

nous le verrons plus loin. La crise pubérale s'est convenablement passée, aussi bien que la ménopause. Aucune maladie grave ne l'a jamais atteinte ; seul, un eczéma généralisé (tête, seins, genoux, creux axillaires, etc.), s'est manifesté dans sa jeunesse ; des soins attentifs l'ont fait disparaître durant un laps d'années fort étendu ; il a reparu lors de la suspension du flux menstruel, il y a cinq à six ans Ajoutons, à titre de renseignements généraux, que Mlle X... n'a jamais manifesté aux yeux de ses connaissances aucun signe d'aliénation, qu'elle s'est toujours montrée de commerce facile, et que rien d'extraordinaire n'a modifié sa conduite jusqu'au mois d'octobre 1890.

A ce moment, son caractère change peu à peu, elle se montre préoccupée, morose, moins expansive qu'autrefois. Elle tombe dans un abattement progressif que rien d'apparent ne saurait expliquer abandonne son travail, néglige sa tenue, mange à peine, dort mal, hantée qu'elle est dans son sommeil par des cauchemars continuels, et, finalement, commet coup sur coup plusieurs tentatives de suicide. C'est ainsi que — d'après le certificat de vingt-quatre heures — « elle s'est passé, une ficelle autour du cou, mais elle n'a pas persisté dans sa tentative en sentant la douleur par la constriction ; elle a voulu s'asphyxier par le charbon, mais là encore, elle a gratté des allumettes et a pris du phosphore, mais la dose était trop faible pour la faire mourir... » A cette nomenclature déjà variée, il faut joindre des sinapismes après le repas et l'injection d'une solution trop étendue de cristaux de commerce (carbonate de soude).

Ces tendances, si fréquemment affirmées, ont démontré aux parents de Mlle X... la nécessité de sa séquestration.

A peine entrée à Saint-Ion, elle bénéficie grâce sans doute au changement de local et de milieu, d'une rémission momentanée qui permet de connaître, exposées par la malade elle-même, les raisons de la tristesse progressive où elle est tombée chez elle.

Mlle X..., est née le 3 février 1839, elle devait donc avoir à la même date, en 1891, *cinquante-deux ans* révolus. Or, une particularité avait, dans sa famille, frappé cette malade : trois personnes — son père, sa mère et l'un de ses frères — étaient morts après l'accomplissement de leur cinquante-deuxième année. Ce fait, singulier sans doute, mais seulement singulier pour un cerveau normal, fut pour Mlle X..., héréditairement prédisposée, l'indice d'une échéance inéluctable imposée par le destin à quelques-uns de ses proches, aussi bien qu'à elle-même. Aussi, tant que l'époque fatale fut encore assez lointaine, son équanimité persista ; mais, à mesure que s'écoulait le temps, à mesure que s'approchait la fin de l'année 1890, et par conséquent l'heure qui devrait parfaire l'âge redoutable, ses préoccupations s'accrurent, une tristesse profonde l'envahit graduellement qui finit par dégénérer en mélancolie vraie avec ses conceptions délirantes spécifiques. Mlle X... ne tarda guère, en effet, à interpréter l'arrêt de mort suspendu sur sa tête ; quelques idées d'indignité surgirent dans son esprit, elle en vint à considérer comme juste et parfaitement nécessaire l'expiation qui l'attendait, mais sans pour cela s'y résigner, et surtout, sans recouvrer la tranquillité, le sommeil ou l'appétit, chassés dès l'origine par l'appréhension thanotophobique. Le temps s'écoulait cependant, et à dater du jour où fut révolue sa cinquante-deuxième année, Mlle X... sentit croître ses angoisses.

Le péril, en effet, d'après sa manière de voir, devenait imminent : chaque heure désormais, chaque minute pouvait être la dernière ; elle se sentait, pour ainsi dire, guettée, épiée incessamment par cette mort inévitable, d'autant plus affreuse qu'elle restait inconnue dans sa forme, et, surtout dans le moment précis de son événement ; de là, une anxiété. une oppression qui se peuvent concevoir, et qui expliquent, à notre sens, la détermination prise par Mlle X... de devancer un trépas dont l'attente augmentait encore les angoissantes perspectives.

Après quelques jours passés à l'asile, la malade, qui nous l'avons dit, s'était d'abord montrée plus calme et à peu près lucide, retombe dans ses croyances d'indignité et « déclare aspirer à la mort, vu qu'elle n'est plus utile à personne ici-bas ».

*Certificat de quinzaine.* — Elle ne fait pourtant aucune tentative nouvelle. Déprimée quelque temps encore, elle travaille à condition d'y être stimulée, et cela, dans un délai relativement bref après son entrée. L'amélioration s'accentue et devient rapidement assez notable, pour que Mlle X... puisse après trois mois de séjour, bénéficier d'une sortie temporaire, devenue, depuis définitive (24 mai 1891). Les nouvelles que nous avons reçues, d'elle la donnent comme ayant repris ses occupations et jouissant d'une santé mentale satisfaisante.

Le traitement fut surtout tonique ; les changements d'habitation et d'entourage ont évidemment influé, pour leur part, sur la guérison ; l'apaisement ainsi produit a permis à Mlle X... d'apprécier plus sainement l'inanité de ses craintes, qui, d'ailleurs, nous ont semblé déjà diminuées après vingt-quatre heures de séjour, lors de notre premier examen, et que l'éloignement

progressif de la date fatale avec l'absence de tout incident de nature à les justifier tendaient également à faire disparaître.

Ajoutons, pour compléter cette observation, que, interrogée plusieurs fois par nous sur les motifs qui la poussaient à devancer une mort prochainement assurée d'après elle, la malade n'a jamais pu nous donner de réponse nette et ferme. Elle ne se rend que très imparfaitement compte du mobile qui l'a fait agir; c'est l'ennui, dit-elle, le découragement causé par l'état de crainte où elle vivait sans cesse qui l'ont portée à en finir plus tôt. D'autre part, elle ne s'est pas sentie emportée par une force irrésistible, elle n'a jamais perçu aucune hallucination terrifiante ou autre; elle ne s'est jamais crue vouée à des supplices raffinés, elle n'a pas obéi à l'imitation... Si l'interprétation morale, la faculté d'analyse semblent lui manquer, — chose assez naturelle, vu l'hoirie dégénérative — l'appréciation intellectuelle et la mémoire des actes sont restées suffisantes chez notre malade. Le délire d'indignité n'a été qu'accessoire ; épiphénomène d'une intensité médiorce, et, chose assez rare, d'une fugacité remarquable, il faut voir en lui un dérivé du délire primitif fondamental. Lui donner plus de valeur serait, pensons-nous, exagérer son importance.

En lisant cette observation nous nous sommes souvenu des vers du poète, car ils la résument si bien :

> J'errais, perdu dans les sentiers du doute
> Le vide au cœur et la mort devant moi.

Voici une malade obsédée par l'idée de la mort : c'est une fatalité suspendue sur sa tête. Malgré plu-

sieurs tentatives de suicide, elle ne parvient pas à son but, parce qu'elle est psychasthénique. L'obsession était accompagnée d'angoisse, de crainte, de douleur morale, et pour terminer ses souffrances, la malade cherchait le salut dans le suicide. Au fur et à mesure que la date fatale approchait, elle devenait plus triste, sa tension psychologique baissait, l'obsession préoccupait davantage, elle interprétait l'arrêt de mort suspendu sur sa tête, alors surgissaient dans son esprit des idées délirantes d'auto-accusation.

*Nota.* — Cette observation nous donne l'explication d'une des causes de l'hérédité du suicide, si toutefois cette malade était capable de parvenir à se suicider.

## OBSERVATION VI

(Ch. Krafft Ebing. — *Psychiâtrie*, p. 547.)

### *Aliénation mentale par idées obsédantes*

M. Von C..., banquier, cinquante-deux ans, issu de père nerveux, de mère maladive avec faiblesse nerveuse; se dit, lui-même de constitution nerveuse; de tout temps irritable sensible, impressionnable, comme le seraient aussi ses frères et ses sœurs.

A l'âge de dix-sept ans il perdit ses parents ; à l'âge de dix-huit ans il fut obligé de se mettre à la tête d'un grand établissement commercial et de travailler pour l'entretien de ses frères et de ses sœurs. De la plus haute probité et d'un caractère consciencieux allant jusqu'au scrupule et au pédan-

tisme, il s'est acquis une grande fortune et une grande considération. Il menait une vie très sobre, mais était fumeur passionné ; n'a jamais eu de syphilis et vivait depuis l'âge de vingt-sept ans très heureux en ménage. Bien que très surmené et très actif, il se porta bien jusqu'en 1880, sauf quelques malaises neurasthéniques qu'il avait de temps en temps.

Au commencement de 1880, il devint cérébrasthénique par suite d'agitation à cause de ses affaires et de vives émotions. Au mois d'août il eut deux accès épileptiformes qui se succédèrent rapidement et dans lesquels il y eut prédominance des convulsions dans la moitié droite du corps. Alors il resta pendant quelques jours dans le coma, avec une hémiplégie du côté droit ; il se remit et dans la suite ne présenta plus aucun symptôme de maladie organique du cerveau. A la fin de 1880 son frère mourut. La cérébrasthénie s'exacerba.

Toutefois le malade se fatiguait en vaquant à ses affaires ; il resta capable de travailler jusqu'au commencement de 1884. Alors, un jour, en repassant un compte, l'idée l'envahit que peut-être le calcul n'était pas exact et qu'il s'était trompé au détriment de son client, il fut forcé de refaire le calcul toujours et toujours, mais il ne put pas se rassurer. Alors lui vint l'idée que ses anciens comptes étaient inexacts ; il n'eut plus de tranquillité, fut forcé d'examiner et de reviser ses livres de commerce et ses comptes depuis trente ans et de refaire ses calculs. Le malade lui-même est d'avis que cet énorme effort intellectuel l'a complètement épuisé.

Il n'osa plus travailler seul de peur de se tromper dans ses calculs et de porter préjudice aux autres, il s'y ajoutait encore la peur de se compromettre soit en écrivant, soit en

parlant, et c'est pour cette raison qu'il ne pouvait plus se décider ni à écrire ni à parler. Quand il voyait un morceau de papier quelconque, il était pris par l'idée obsédante que ce papier pourrait avoir quelque rapport avec sa personne. Il était agité, toujours tourmenté par des doutes: s'il a bien expédié ses affaires, s'il a bien mis les adresses, bien rédigé ses lettres, bien compté les sommes d'argent, bien et correctement inscrit tout sur ses livres. Finalement il n'osait plus conclure d'affaires qu'en présence d'hommes de confiance qui devenaient des vérificateurs. Quand il allait à confesse, une absolution verbale ne lui suffisait plus, il lui en fallait une par écrit.

Cette situation, déjà pénible par elle-même, devint tout à fait désespérée quand, quelques mois plus tard, il s'y ajouta l'idée qu'il pourrait causer préjudice aux autres. Cela le mit dans une agitation violente, avec crises d'angoisse ; il ne pouvait plus voir ses enfants, croyait découvrir dans chaque petite tache, dans chaque petite trace de poussière, des morceaux de verre, des aiguilles, du poison, et causer par là des malheurs aux autres. Par peur de cette conséquence funeste il était poussé à se débarbouiller toute la journée, à examiner les vêtements et les ustensiles, à changer de vêtements continuellement, à chercher partout les aiguilles et les morceaux de verre, etc. Finalement il n'était pas tranquille si sa femme ne faisait pas de même (*pro forma*).

Pendant des heures et des journées, le malade reprenait sa tranquillité, il était alors calme, réconforté et avait une parfaite connaissance de son état morbide. Le 6 juin 1885, il me fut amené par sa famille fort inquiète.

C'est un homme de taille moyenne, vigoureux et très amai-

gri. Les organes végétatifs ont été trouvés normaux. L'examen le plus minutieux n'a pu faire découvrir aucun signe de maladie organique du cerveau. Pas de stigmates de dégénérescence ; on ne trouve pas non plus de symptômes de débilité psychique ou de mélancolie. Le malade donne un résumé clair de sa maladie ; momentanément il est parfaitement au-dessus de ses idées obsédantes et fait remarquer que ses scrupules excessifs et pédantesques lui sont importuns à lui-même, de même que son association d'idées qui reprend de très loin les probabilités les moins possibles.

Il voit lui-même que tout cela n'est que de la maladie, mais il ne peut pas en sortir. S'il l'essaie, il est pris d'une angoisse terrible et il devient tout agité. Du matin au soir il est tourmenté. Ses tristesses ne sont pas réactives : « Le doute sur n'importe quoi, la crainte de causer du mal à mon prochain, n'importe par quel moyen, voilà le fond de ma maladie ».

Au point de vue physique j'ai trouvé des signes de cérébrasthénie (pression à la tête, sommeil peu réparateur, plainte de lassitude générale, moral abattu, grande émotivité).

Le malade se plaint qu'il est en proie à l'angoisse et à l'inquiétude continuelles de dire un mensonge quand il parle ou de prononcer des paroles compromettantes pour les autres ; en mangeant il est forcé d'examiner s'il n'y a pas de débris de verre ou des aiguilles dans sa nourriture. Cette peur lui est venue il y a quelques mois en apercevant sur la table un verre fêlé. Il ne craint pas pour sa vie, mais pour celle des autres. Quand il voit dans la rue passer un cortège funéraire, il est saisi de la crainte d'avoir été la cause de la mort du décédé.

En marchant il est tourmenté par l'idée qu'il pourrait répandre des aiguilles, des débris de verre, du poison, et causer par là du mal à autrui ; voilà pourquoi il ne peut jamais rester seul ; il a besoin d'être assuré continuellement qu'il se trompe. Son propre jugement, le témoignage de ses sens n'ont pour lui aucune valeur. Dans son imagination très montée, chaque tâche, chaque grain de sable ou de poussière, chaque fil, etc., lui apparaissent comme quelque chose qui porte un péril. Peu de temps avant de faire un voyage d'Orient (sa patrie) en Europe, il tenait un flacon de médicament entre les mains et en avait répandu le contenu sur le sol. Tout d'un coup il fut saisi de la crainte que c'était du poison et qu'il s'en était souillé inconsciemment. A partir de ce moment il eut peur du poison et de toucher à quelque chose, une impulsion continuelle à se laver, le besoin de se renseigner chez les pharmaciens et les médecins sur les poisons et d'être rassuré sur le contenu du flacon.

En route vers l'Europe, il fut tourmenté par l'idée d'avoir chez lui à la maison, tué tout le monde avec un poison hypothétique, il était souvent au désespoir. Malgré tous les lavages il craignait d'être un péril pour son entourage par le poison qui s'était attaché à ses mains. Chaque tache sur les meubles, sur les vêtements, lui fait l'impression du poison. Récemment, en passant près du soupirail d'une gare, il y jeta un morceau de son ongle. Aussitôt l'idée lui vint que l'ongle était empoisonné et serait un danger pour les gens de la gare.

Pendant une heure, il regarda à travers la fenêtre du sous-sol, s'attendant à un malheur, et les gens qui l'accompagnaient ne purent l'en retirer que de force. Ses idées de poi-

son ont obtenu malheureusement un nouvel appui, car le malade a trouvé un jour dans le gousset de son gilet quelque chose à aspect métallique, probablement des miettes de mine de crayon. C'était évidemment un métal. En mangeant de la salade, un peu de vinaigre lui est resté sans doute attaché à la main. En prenant l'objet métallique entre ses doigts un sel métallique vénéneux et soluble se produit. C'est avec cela qu'il répand autour de lui la mort et le malheur.

A peine a-t-on réussi à le rassurer à ce sujet par des assurances verbales et écrites par des expertises de spécialistes, que le voilà tourmenté par l'idée de répandre par son cure dent un poison animal (par les miettes de viande qui y sont attachées et qui sont en état de putréfaction). Plein d'anxiété, il observe pendant les repas les verres pour voir s'il n'y a pas un petit morceau qui s'en détache et tombe dans le plat.

Récemment il a vu dans le bassin de l'école de natation un garçon qui plongeait au-dessous de l'eau près de lui. Aussitôt, il fut pris de la peur d'avoir foulé ce garçon aux pieds, de l'avoir fait s'évanouir : l'enfant est noyé ! Le malade prie instamment qu'on vide le bassin, il craint qu'on lui demande compte d'avoir commis un homicide par imprudence, il est inconsolable.

L'entourage du malade a beaucoup de mal avec lui. Il demande sans cesse à être surveillé, qu'on examine ses vêtements, ses poches, qu'on examine le plancher, les meubles s'il n'y a pas de poison, d'aiguilles ou des débris de verre.

Sans cesse il a des scrupules, des préoccupations et a besoin d'explications qui le rassurent. A peine a-t-on réussi à le rassurer, qu'il recommence à questionner, à douter, à

creuser, à se débarbouiller. Par ci par là de nouveaux scrupules lui viennent. Ainsi, par exemple, en écrivant une lettre il supposera que l'encre pourrait bien contenir de l'acide sulfurique ou de l'acide azotique, que par le contact avec la plume d'acier une substance nuisible pourrait se produire et que de cette façon l'écriture pourrait présenter un danger. Une autre fois il croit avoir perdu une aiguille dans le lit. Cette aiguille s'est évidemment enfouie dans le lit. Un locataire futur courra le danger de périr par cette hypothétique aiguille qui pourrait s'enfoncer dans sa nuque. Le malade s'épuise en conjectures de toutes sortes, en possibilités et en soucis, et demande constamment au médecin comment la mort se produit, etc.

Au cours du mois d'août, les symptômes neurasthéniques reparaissent. Le malade arrive à dominer de mieux en mieux ses idées ; finalement, il ose rester seul dans sa chambre.

La nostalgie du malade impose la nécessité de le laisser partir au mois d'octobre. Pendant quelque temps tout alla bien ; ensuite l'état pénible de ce malheureux s'exacerba.

Une apoplexie a mis fin à ses souffrances.

Il y a de l'hérédité nerveuse chez le malade : symptômes de neurasthénie, abaissement de la tension psychologique, puis état de scrupule et de doute avec manies de vérification, de réparation et de précision.

Mais plus tard, à ces obsessions, qui au fond ne se rapportaient qu'à lui, s'ajouta « l'idée qu'il pourrait causer préjudice aux autres ». Cela le mit dans une agitation violente, avec crises d'angoisse. Il

devint émotif. Des phobies de poison et de débris différents « pour ne pas causer malheur aux autres » l'obsèdent. Après le délire de scrupule, c'est le délire de toucher et manie de se laver les mains. Et tout cela, *pour ne pas faire mal aux autres.*

Malgré toutes les précautions qu'il prend, il y a des moments où il et convaincu : « qu'il répand autour de lui la mort et le malheur », alors il tombe dans le désespoir.

Ce qui est intéressant, dans cette observation, c'est de voir comment les idées délirantes d'auto-accusation les idées d'indignité, s'ajoutent à la psychasthénie. Chez le psychasthénique, l'obsession est une idée délirante simple et par rapport au malade, elle est endogène et consciente. Ici la même idée obsédante est interprétée en forme de pensée, c'est une conception créée par la réflexion du malade et elle devient exogène et divergente. En plus, le malade ne doute plus, il est persuadé, il est convaincu : « qu'il répand autour de lui la mort et le malheur ».

Mais cette conviction ne dure pas, ce sont des bouffées délirantes qui apparaissent et disparaissent vite. Par conséquent, il ne se produit pas une systématisation. Ce sont des accès mélancoliques produits par la réaction du caractère du malade obsédé par le délire de toucher et les phobies.

## OBSERVATION VII

(Boissier. — *Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive*, thèse de Paris, 1894.)

M. Bou..., rédacteur au ministère de l' . . . a cinquante-trois ans au moment de son entrée le 15 janvier 1894. Son père bien équilibré est mort à quarante-huit ans, sa mère est morte jeune d'une fièvre typhoïde. Un de ses frères aurait été vésanique.

Le malade est d'une robuste complexion, il a joui d'une très bonne santé et a déployé beaucoup d'activité pendant sa jeunesse.

Il est resté sobre pendant quatorze ans de service militaire, mais plusieurs campagnes dont celle de Crimée, ont modifié et altéré ses forçes.

A vingt-huit ans, il subit une attaque de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'accidents méningés. C'est depuis cette maladie surtout qu'il a éprouvé tous les symptômes d'un état neurasthénique profond et qui avec des périodes assez longues de rémission l'a conduit jusqu'aux événements qui vont suivre.

M. Brou... ne peut supporter depuis de longues années aucun écart de régime ; les contrariétés lui sont plus pénibles que de raison. Sa céphalée le quitte si peu qu'il en a pris l'habitude, il ne peut rester longtemps debout sans éprouver une rachialgie gênante. Il lutte constamment, mais victorieusement contre la fatigue, le découragement et l'anxiété, et réussit à

travailler très assidûment, pourvu qu'il n'ait pas à faire acte d'initiative. Il redoute à tel point toute sorte de reproche ou d'irrégularité, qu'il est à son bureau d'une exactitude méticuleuse, dont ses collègues sourient quelquefois. Le moindre incident qui puisse troubler l'équilibre monotone de son existence le plonge dans une douloureuse inquiétude.

A plusieurs reprises les phénomènes d'épuisement se sont aggravés sous de telles influences. Une fois par exemple la femme du patient atteinte d'une maladie utérine dut subir un curetage. L'idée de cette opération plongea le malheureux mari dans un état de torpeur chagrine exagéré, il devint concentré, taciturne à l'excès. mais son travail n'en souffrit pas. Quelques mois plus tard, une perte considérable d'argent vint faire une brèche dans ses économies, M. Bou... en fut désespéré et quoique très las il redoubla d'assiduité à sa besogne et fit même des heures supplémentaires à son administration ; bien que conservant une certaine aisance, il était hanté par la crainte obsédante de la misère.

Ce surmenage s'ajoutant aux préoccupations antérieures amena un véritable paroxysme.

Les oreilles du malade bourdonnaient, son sommeil était illusoire, il sentait un poids énorme « dans son front » et soutenait sa tête en écrivant. Il s'inquiétait de savoir ce que ses chefs pensaient de lui, tourmenté par l'idée que sa copie ne valait rien.

La vie lui était à charge, et quelque envie qu'il eût de mourir, aucune idée de suicide ne se présentait encore active à son esprit, il voulait vivre malgré le poids de cette existence amère, parce qu'il se devait à sa femme qu'il chérissait.

Les digestions difficiles, l'estomac dilaté imposaient un

régime sévère. Enfin ce sentiment de faiblesse, cette prostration le décidèrent à consulter un médecin. Celui-ci recommanda une complète tranquillité physique et morale et l'habitation à la campagne.

M. B... se fixa dans un village des environs de Paris d'où il pouvait aller tous les jours au ministère. Le calme et la régularité rigoureuse de sa nouvelle existence apportèrent une très légère amélioration qui se maintint quelques années.

Au milieu d'octobre 1893, on arrête M. B... dans son bureau de la manière la plus inopinée. Au commissariat où il est conduit, il apprend qu'il est accusé de viol par une sienne protégée, une gamine vicieuse et mal équilibrée.

Bouleversé par cette catastrophe, affolé par la honte, le malade cherche impulsivement à s'égorger avec son canif et ne réussit qu'à se blesser en présence des agents.

De retour chez lui après un traitement à Necker pour sa plaie, il inquiète sa femme tant il est affreusement déprimé. Tout travail est devenu impossible ; une torpeur muette et lamentable a succédé graduellement au désespoir violent des premiers instants, et arrive rapidement à la mélancolie dépressive la plus complète avec idée fixe de suicide, mais sans se livrer à aucune tentative.

Les choses en restent là pendant quelque temps. Deux mois après, une assignation convoque M. B... chez le juge d'instruction pour la même affaire. Il y est conduit par sa femme, et ne sort de son mutisme que pour s'accuser de toutes sortes de fautes imaginaires. Il croit avoir commis un nombre de viols qu'il ne peut lui-même compter, il se dit le dernier des misérables et demande à mourir.

Il est ramené chez lui sous le coup de la terreur causée par

cet interrogatoire ; les jours suivants la lypémanie progresse encore. Il refuse de manger, « un criminel comme lui n'est digne d'aucune attention et ne mérite pas de nourriture ». Les tendances au suicide deviennent plus actives. Il penche vers l'agitation anxieuse et cherche à se tuer avec tous les objets qu'il trouve. Sa femme dut même lutter contre lui pour l'empêcher de se blesser volontairement.

Cette exaltation douloureuse ne dura que deux jours, mais motiva l'internement de M. Bou... qui avait invectivé les siens, leur reprochant de s'intéresser « à un être aussi abject que lui », il s'était même échappé pour aller à la mairie supplier qu'on l'arrêtat. Mais à son arrivée dans le service, ce désespoir désordonné avait fait place à une dépression énorme. M. Rou... demeure immobile, profondément abattu, le regard morne fixé sur le sol. Assis, le dos voûté, la tête basse, il laisse pendre ses bras. Les mains sont froides, les ongles violacés, la respiration lente et incomplète donne 15 et même 13 par minute, le pouls est faible mais conserve sa fréquence.

Le malade ne parle pas spontanément, il répond d'une voix traînante et éteinte. Tantôt il s'accuse de crimes vagues dont il ne sait pas fixer la nature, tantôt il se défend d'avoir commis ceux dont il se croit soupçonné, tout en déclarant qu'il est un homme infâme.

Après quelques semaines de traitement, l'état de M. Bou... s'améliore, il donne sur ses impressions des renseignements plus détaillés et exacts, il accepte d'aller et de venir dans le service. Bientôt enfin, il revient à une manière d'être représentant absolument la neurasthénie dépressive avec tous ses stigmates. Il persiste une certaine dysmnésie, de la rachialgie, de l'angoisse., etc, et particulièrement une céphalée très carac-

téristique, il dit lui-même : « j'ai comme un casque trop lourd sur le crâne ».

Ce malade est un aboulique, mais son aboulie existe seulement dans la sphère des émotions, car il est incapable de diriger ses sentiments. Trop impressionnable, ce n'est pas lui qui gouverne son affectivité, c'est celle-ci qui le domine. Autrement il a de l'énergie, il travaille ; s'il manque d'initiative, c'est sans doute à cause de son caractère craintif. C'est pour dire que l'aboulie n'existe pas seulement dans la sphère de l'intelligence et de la volonté personnelle, mais qu'elle se retrouve aussi dans les sentiments. En effet, qu'il s'agisse des idées concrètes ou des idées abstraites ou d'applications de ces idées à la réalité présente, la volonté est toujours en jeu. Les sentiments, comme les idées, comme les actions à l'état normal, doivent être en équilibre coordonnés, dirigés par le pouvoir directeur, la volonté et l'attention. Le malade en question est avant tout un malade de l'émotivité. L'opération de sa femme le bouleverse, une perte d'une partie de sa fortune l'exaspère : l'obsession de la misère le hante, il redouble de travail ; mais l'accusation d'immoralité le jette dans la consternation, la tristesse, il devient mélancolique avec des idées d'auto-accusations, c'est la mélancolie de stupeur.

Ce malade n'est pas un psychasthénique, comme le prétend M. Janet, pas plus que les autres malades (obs. VIII et XII) qui se trouvent dans la thèse de

M. Boissier. Nous ne croyons pas qu'il suffise au malade d'être aboulique pour qu'il soit pris pour un psychasthénique. Les volitions de l'esprit humain se trouvent éparses partout. L'aboulie dans la sphère d'intelligence engendre d'autres maladies, comme celle de l'affectivité ici a créé la mélancolie. Le psychasthénique n'est-il pas le malade qui souffre de l'incapacité d'agir ? Chez lui la conscience et l'intelligence sont relativement conservées, mais il est incapable d'exécution quoiqu'il délibère sur une situation. Il est même capable de se décider, mais il n'agira pas. Le psychasthénique ressemble à l'aphasique qui comprend tout, l'intelligence est relativement conservée, mais il lui est impossible de parler. De même, le psychasthénique a gardé son intelligence, mais il ne peut pas réagir sur la réalité, car les volitions qui le mettent en relation avec la réalité sont engourdies, c'est-à-dire qu'il y a un trouble de dynamisme psycho-moteur, une aboulie en un mot. C'est chez le malade atteint dans cette sphère du cerveau que l'idée fixe pathologique prend le caractère de l'obsession.

Cependant il n'y a pas de limites des phénomènes psychologiques, il y a une hiérarchie, aux troubles plus profonds correspondent d'autres réactions, car une autre sphère du cerveau réagit. C'est ainsi peut-être que l'idée fixe pathologique, lorsque les volitions de l'intelligence sont atteintes, prend le caractère de l'idée délirante à forme de systématisation, l'état paranoïque.

## OBSERVATION VIII

(A. Pitres et E. Régis. — *Les obsessions et les impulsions*, p. 244.)

M. C..., jeune fille âgée de vingt-deux ans, exerce la profesion de couturière.

Le père est vif, emporté quand il a bu, au point de menacer sa femme et ses enfants, d'où résultent des scènes de famille. Il a eu la pelade il y a sept ou huit ans ; il en conserverait encore quelques traces. La mère, âgée de cinquante-six ans, est bien portante et pas nerveuse. Elle a eu quatre enfants : la malade est la deuxième ; les autres sont également nerveux.

Une tante, âgée de quarante-six ans, a eu des crises de mélancolie il y a deux ou trois ans, avec l'idée que sa fille serait malheureuse, parce qu'elle était coupable. Un oncle est sujet aux congestions. En 1886, après des éblouissements et des étourdissements, il a présenté des troubles psychiques et à la suite d'un violent chagrin causé par la mort de deux enfants, il a eu des idées de suicide.

La grand'mère maternelle avait des crises de mélancolie. Le grand-père maternel a eu aussi une crise de chagrin. Un grand-oncle, frère du grand-père maternel, est mort dans un accès de mélancolie attribué à des chagrins.

M. C... n'a jamais été malade, mais elle a toujours été chétive. Elle mangeait peu, avait des goûts bizarres en fait de nourriture, adorait surtout le vinaigre. Elle est bien réglée, mais avec beaucoup de pertes. Elle souffrait souvent de la tête.

Au mois de juillet dernier, elle s'aperçut que ses cheveux

tombaient par plaques. Elle essaya d'abord de cacher le fait, sauf à sa mère, qui lui fit consulter un médecin. Le diagnostic de pelade fut porté. La jeune fille, bien qu'on lui eût assuré que cette affection guérirait dans un espace de temps relativement court, devint très inquiète à la pensée qu'on pourrait s'en apercevoir et se moquer d'elle. Cela tourna rapidement à l'obsession anxieuse. Elle ne pensait plus qu'à sa maladie de tête, à la chute, pourtant restreinte, de ses cheveux, à toutes les conséquences, vraies ou fausses, qui pouvaient en résulter. Pendant quelques semaines, elle eut une pelado-phobie typique.

Puis, son état morbide s'accentua progressivement. Elle s'excita, eut toutes sortes d'idées noires. « Je veux crier, j'ai peur », disait-elle. Elle eut peur de tout ce qu'elle voyait ; elle ne voulait pas rester au lit et inquiète, pleine d'angoisse, elle embrassait sa grand'mère en disant : « Sortez-moi ces mauvaises idées ! faites-moi mourir ! laissez-moi mourir ! »

Les mauvaises idées étaient surtout des idées de culpabilité, rattachées à sa maladie. « Elle dépense beaucoup pour se faire soigner et va ruiner sa famille. » Puis viennent des tendances au suicide, manifestées par deux tentatives. Quelques jours avant de nous être amenée, notamment, elle s'était mis la tête dans une cuve contenant des grappes de raisin qui l'ont légèrement égratignée. On la sortit de là, mais le jour même elle se replongeait dans la cuve.

M. C..., au moment où elle nous a été conduite, est dans un état de mélancolie typique. Elle avoue qu'elle voudrait mourir parce qu'elle s'ennuie partout où elle va. Elle ne dort pas parce que ses idées la travaillent, même pendant la nuit ; elle ne peut les chasser, bien qu'elle ait eu la pensée de s'en débarrasser en s'empoisonnant. La nuit, elle voit l'enfer, avec des

flammes, des démons, etc. Elle paraît aussi entendre des voix, mais il est impossible de lui faire préciser ce point.

L'obsession de la pelade, point de départ de l'accès actuel de mélancolie, est aujourd'hui reléguée à l'arrière-plan. La malade ne s'inquiète plus guère de l'état de sa tête, dominée qu'elle est par ses idées délirantes et ses hallucinations lypémaniaques.

Avec MM. Pitres et Régis nous croyons que dans cette observation il s'agit d'une dermatophobie survenue à l'occasion d'une pelade vraie ; mais nous nous séparons de leur opinion lorsqu'ils soutiennent que l'obsession phobique a vite tourné à la mélancolie confirmée, car, au moins, l'observation ne nous le démontre pas.

A vrai dire, la malade en suite de son obsession hypochondriaque a des idées délirantes d'auto-accusation, comme cela se voit chez les psychasthéniques délirantes ; puis viennent des tendances au suicide, mais le suicide « dans une cuve contenant des grappes de raisin qui l'ont légèrement égratignée », nous paraît bien le genre de suicide chez les psychasthéniques. Ses idées la travaillent, même pendant la nuit, dit-elle, c'est bien l'état d'âme d'une scrupuleuse, d'une obsédée qui délire.

Il nous semble qu'il s'agit dans ce cas d'une psychasthénique délirante.

Certes, on parviendra à l'avenir à distinguer la mélancolie, mais c'est ici que se place la question importante : le diagnostic différentiel entre la mélan-

colie et la psychasthénie délirante. La tâche est très difficile. Nous attendons de nos maîtres qu'ils nous apprennent à faire ce diagnostic si délicat, si difficile et pourtant si nécessaire !

## OBSERVATION IX

(Observation communiquée par M. Legrain à la Société médico-psychologique dans sa séance du 27 mai 1889.)

(*In Annales médico-psychologiques*, 1889, t. X, 7e série, p. 119.)

Marie R..., entre à l'asile de Vaucluse le 1er mars 1886. Ses antécédents héréditaires sont lourdement chargés ; grand-père et père buveurs ; grand'mère et mère, intelligence au-dessous de la moyenne ; frère et cousin germain ont présenté des accidents alcooliques.

A appris difficilement à lire et à écrire ; mariée à vingt-huit ans, a toujours eu un caractère emporté et violent. Bizarre, superstitieuse, obsédée par le chiffre 13, a présenté à différentes époques de véritables accès de kléptophobie. Délire mélancolique avec idée de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe, tendance au suicide après sa dernière grossesse. Est séquestrée après deux tentatives de suicide.

A son arrivée, elle présente une très grande dépression mélancolique, alternant avec des périodes d'excitation ; elle passe ses journées à se plaindre et à se lamenter, « car on l'accuse d'avoir eu des relations incestueuses avec son fils, et ses ennemis lui ont jeté un ennui ».

Légère amélioration au bout de quinze jours, est tranquille se met à travailler.

Au mois de mai 1888, R... est subitement obsédée, au moment de son réveil, par l'idée de proférer des mots orduriers, puis des phrases obscènes ; elle est tourmentée par le besoin de les psalmodier pour ainsi dire d'abord, puis de les chanter sur des airs connus. L'expression mimique change aussitôt, la contraction habituelle des traits fait place à une sorte de gaieté, R... a l'air heureuse, bien que de temps en temps nous l'entendions dire : « Mon Dieu, que je suis malheureuse ; mon Dieu, faites-moi mourir ».

A 7 heures, elle se tait, reprend son aspect mélancolique ; mais le lendemain, à la même heure, les mêmes idées obsédantes s'imposent à la malade et jusqu'à la même heure elle profère des mots orduriers. Cet état persiste ainsi pendant un mois avec une régularité qui ne s'est pas démentie un seul jour.

Du 17 juin au 16 juillet, impulsions coprolaliques depuis le matin jusqu'à midi.

Du 15 septembre au 18 octobre, marche alternante : un jour mélancolique et silencieuse, le lendemain bruyante et coprolalique.

Du 18 octobre au 11 janvier 1889, état mélancolique pur.

Depuis le 11 janvier, c'est-à-dire depuis plus de cent soixante jours, est de nouveau régulièrement alternante.

R... dit avec beaucoup de netteté que c'est un besoin pour elle de dire des saletés ; qu'elle résiste, qu'elle cherche à éloigner cette idée de sa pensée, mais que c'est plus fort qu'elle et qu'elle ne peut s'en empêcher. « Ça vient à mon esprit malgré moi, j'en suis toute honteuse, mais c'est plus

fort que moi, il faut que je dise des saletés, je souffre trop quand je résiste, je suis soulagée quand ça part. » Il serait difficile de rencontrer une autre malade où se trouveraient mieux groupés les caractères constitutifs des syndromes de la folie des héréditaires, toujours réductibles à l'*obsession*, l'*impulsion irrésistible*, la conscience de l'état, *l'angoisse concomitante* et *la satisfaction terminale*.

R... est une héréditaire dégénérée, elle en a présenté, pendant toute sa vie, les stigmates psychiques ; c'est ensuite une mélancolique dont l'aspect clinique est modifié par l'adjonction d'un syndrome nouveau : la coprolalie.

La marche de l'affection, surtout depuis le 11 janvier, a fait prononcer le nom de folie à double forme. Durant cette période, R... a présenté, il est vrai, une alternance bien marquée : bruyante et coprolalique pendant un jour et silencieuse le lendemain. Nous ne saurions accepter cette manière de voir en nous rappelant, d'une part, le tableau symptomatique de l'exaltation maniaque et celui de R..., toujours consciente de son état.

En effet, dans cette observation, il ne s'agit pas de folie circulaire, mais d'accidents mélancoliques et d'obsessions qui apparaissent périodiquement. La question importante, c'est le rapport entre les obsessions et le délire mélancolique.

Est-ce une simple coexistence, ou bien y a-t-il entre eux un rapport de cause à effet ? Dans l'observation VI, nous avons vu les accès mélancoliques apparaître à la suite de la folie du doute et le délire de toucher. Des exemples pareils ne manquent pas :

M. Séglas cite deux malades atteints de la crainte des épingles, et arrivés ensuite à un véritable délire mélancolique ; une autre malade, atteinte de la crainte des allumettes présenta plus tard des accidents mélancoliques du même genre ; une malade mysophobe est arrivée progressivement à formuler un véritable délire mystique ; une autre atteinte de délire du toucher et d'impulsions d'abord conscientes, a présenté, par la suite, des idées de possession, etc. Et Séglas ajoute : « que, dans tous ces cas, les accidents mélancoliques qui succèdent à l'obsession présentent tous les caractères observés dans les délires mélancoliques simples ; et qu'en même temps la conscience que les malades avaient du caractère pathologique de leurs obsessions, disparaît peu à peu, à mesure que se formule plus nettement l'idée délirante ».

Cependant M. Legrain remarque qu'on ne saurait songer à un rapport de cause à effet, entre la psychose mélancolique et le syndrome coprolalie. Et il conclut à propos de cette observation: « ce sont donc deux manifestations simultanées, mais non subordonnées l'une à l'autre, de cet état psychique primordial ».

Nous croyons que, dans cette intéressante observation, il s'agit d'une association de deux maladies ; la psychasthénie et la mélancolie. Lorsque l'obsession évolue sur le terrain psychasthénique, elle peut comme nous l'avons vu déjà et comme le remarque M. Séglas, produire la réaction dans l'organisme du

sujet et suivant sa prédisposition, son hérédité et son caractère, engendrer des idées délirantes le plus souvant d'ordre mélancolique ou paranoïque ; mais le caractère essentiel, c'est que ce sont des bouffées délirantes, de courte évolution, et qui succèdent ou se mêlent aux symptômes psychasthéniques. C'est une simple réaction.

Dans cette observation, il n'en est plus de même. Il y a un intervalle entre les deux manifestations, et puis il ne s'agit pas seulement des idées délirantes mélancoliques, mais de la mélancolie vraie.

## OBSERVATION X

(Vurpas et Vaschide. — *In Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901, mai-juin, p. 239.)

*Délire par introspection*

L... Maria, quarante-trois ans. Le père est mort d'une attaque d'apoplexie à soixante-neuf ans. Il était alcoolique. La mère est morte tuberculeuse à trente-deux ans. Un frère et deux sœurs de la malade ont succombé à des affections indéterminées. Deux sœurs sont actuellement vivantes. L... est la plus jeune des trois. L'aînée se porte bien, la seconde se plaint d'avoir des cauchemars la nuit, elle présente des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale, on la chatouille la nuit sous les pieds, elle voit des morts.

Dans la jeunesse et l'adolescence L... avait fréquemment des maux de tête violents, avec irradiations dans le cou, qui l'obli-

geaient à garder le repos au lit un ou deux jours. La douleur était parfois telle que la malade ne pouvait faire aucun mouvement avec la tête. Depuis l'âge de dix-huit ans les céphalées devinrent plus rares.

Les règles apparurent à dix-sept ans, époque à laquelle notre sujet commença à se mieux porter. Les menstrues furent d'abord régulières, puis elles devinrent plus fréquentes ; elles avaient lieu, au dire de L..., tous les dix jours environ. Voici quelques années qu'elles n'apparaissent qu'à des intervalles plus éloignés.

Notre malade se mettait, à son dire, facilement en colère, mais n'a jamais présenté de crises, dans lesquelles elle serait tombée et aurait perdu connaissance.

L... se maria à trente-trois ans. Elle n'eut jamais d'enfants. Quelques mois après son mariage elle eut une perte de sang abondante qu'elle avait considérée comme une fausse couche. Son mari mourut de phtisie galopante à vingt-neuf ans, sept mois après son mariage.

L'examen physique de notre sujet nous permet de constater de l'asymétrie faciale. A l'auscultation des poumons et du cœur nous ne relevons rien d'anormal. L'examen de la sensibilité nous a donné les résultats suivants : les sensibilités au tact, à la douleur, à la chaleur semblent conservées. L'examen du système moteur nous montre que les réflexes patellaire, massétérin, ainsi que ceux de poignet sont exagérés. L... a toujours été émotive et peureuse. Un rien l'effrayait. Elle n'osait pas se coucher quand elle était seule à la maison. Voyait-elle une chute dans la rue, une dispute ou un accident : « Ça lui faisait un drôle d'effet, ça la saisissait, elle commençait à trembler, elle pâlissait, et parfois la voix lui manquait. »

Une personne de son entourage ne rentrait-elle pas à l'heure convenue, elle s'inquiétait et s'imaginait toujours qu'il lui était arrivé quelque accident. Mettait-elle une lettre à la poste, elle était hantée par la crainte de ne l'avoir pas ou de l'avoir mal affranchie, elle revenait à plusieurs fois pour la cacheter.

Cet état d'inquiétude ainsi qu'une tendance marquée à l'analyse introspective se manifestèrent de bonne heure. L... était également très impressionnable et très suggestive. Elle nous raconte que lorsqu'elle était au théâtre, elle se comparait les jours suivants aux héros de la pièce ; elle se figurait être dans leur situation et ressentait les émotions qu'ils avaient selon elle dû éprouver. Notre sujet avait également des scrupules exagérés. Ainsi lorsque son père ou son mari lui demandaient quelque service et qu'elle ne leur obéissait pas immédiatement, elle regrettait plus tard pendant longtemps de n'avoir pas fait de suite ce qu'on lui avait demandé.

Etant bien portante il venait à tout propos à l'esprit de notre sujet des idées étranges, mais ces pensées duraient peu. La malade parvenait assez vite à les chasser. « Que je suis bête, disait-elle, de me faire des idées semblables ! »

Ces pensées bizarres lui venaient brusquement, « sans réflexion », à son dire. Voyait-elle un prêtre ou une religieuse, elle se disait de suite malgré elle : « voilà deux amoureux »; mais elle chassait rapidement et avec succès cette idée à laquelle elle ne donnait pas son consentement. Depuis quelque temps toutes ces idées baroques lui reviennent à la pensée, l'inquiétent et même l'absorbent : « Elle restait tellement plongée dans ses réflexions qu'elle ne pouvait plus parler ».

Lorsqu'elle fut internée, il y avait environ huit jours qu'elle était tellement préoccupée quelle ne se souvenait plus à quelle

époque de l'année se passait cet événement : « J'étais tellement dans mes réflexions, dans mes idées ; je restais dans mes réflexions, je n'avais plus d'autres idées en tête. Je restais continuellement dans ces pensées... »

Actuellement L... est tourmentée par la pensée de mal agir depuis longtemps. Divers événements de sa vie lui reviennent à l'esprit et elle se demande si en ces circonstances elle a fait ce qu'elle a dû et n'a pas été coupable. Ainsi elle regrette amèrement aujourd'hui d'avoir volé deux petits pains ainsi que quelques sous. Elle se considère désormais comme une grande coupable. Elle se reproche maintenant d'avoir eu des rapports sexuels avec son mari deux ans avant son mariage. Elle a eu également, dit-elle, des rapports avec un autre jeune homme, longtemps avant de se marier ; elle avait alors dix-sept à dix-huit ans. Elle s'accuse d'avoir, étant mariée, refusé à son mari d'avoir des rapports avec lui, parce qu'il y avait eu des querelles entre eux. Elle regrette maintenant d'avoir agi de la sorte et se demande si elle a bien fait son devoir. L... regrette d'avoir causé à des jeunes gens à l'âge de dix-sept à dix-huit ans. Elle regrette également d'avoir eu des « rêveries » pour des jeunes gens à qui elle ne causait même pas.

La plupart des actes ou des pensées de sa vie antérieure lui reviennent à la mémoire et elle est hantée par la crainte d'avoir mal agi.

Très perplexe, L... interroge sa conscience, repasse les divers événements de sa vie et les juge ; et pour les juger convenablement elle est amenée à faire des hypothèses plus ou moins compliquées, en tout cas toujours très nombreuses, qui cadrent d'ailleurs très bien avec son caractère habituel. Cette introspection mentale l'abstrait et lui fait oublier le monde extérieur.

« J'ai un esprit imaginaire, j'imagine des choses et j'ai pris l'habitude de rester sans parler, je reste dans mes imaginations. Si j'avais parlé, tout cela n'aurait pas été peut-être dans mon idée. Je m'entête trop à rester comme ça. Si j'avais fait une confession générale, j'aurais été pardonnée, je n'aurais plus toutes ces choses-là à dire. Dependant s'il fallait que je dise tout, je n'en finirais pas.

L... étudie alors et recrute scrupuleusement les diverses actions de sa vie, ainsi que ses diverses pensées. En un mot L... cherche à analyser et à expliquer son état mental. Elle cherche à distinguer des actes ou des pensées réellement coupables ce qui n'est qu'une simple hypothèse, une simple imagination. « Ce sont des idées, dit elle, que je me fais moi-même, il y a beaucoup de choses qui ne sont pas tout à fait réelles. » Elle avait eu également l'idée de sauter au cou de sa sœur qui avait toujours été bonne pour elle. Cette pensée était pour elle un véritable remords. Toutes ces idées, à son dire, « sont en elle, ainsi que des imaginations qu'elle a eues ». Elle regrette en ce moment toutes ces conversations.

Parfois à propos d'une pensée en apparence banale, une idée plus ou moins étrange lui vient à l'esprit et s'associe d'une façon étroite à cette pensée. De sorte que plus tard lorsque cette pensée arrive dans le champ de la conscience, elle fait naître l'hypothèse qui lui est définitivement liée.

L... prétend qu'il y a peu de temps elle dit dans sa prière : Mes pieds et mes mains sont cloués. Elle s'imagina que par ces paroles elle avait voulu dire qu'elle remplaçait Dieu sur la terre. Depuis lors elle est tourmentée par le souvenir de cette pensée qu'elle considère comme sacrilège.

Ces craintes réitérées l'amenèrent jusqu'à faire des excuses

aux personnes qu'elle croit avoir offensées. Voici un fragment de lettre écrite par notre sujet et qui indique bien cette tendance de l'esprit. « Monsieur, je demande des excuses à mon directeur d'avoir rêvé être sa maîtresse, rêve d'imagination, mais je peux jurer que je n'ai jamais mis mon chef dans les trépas et quand j'ai été le trouver avec une amie et si j'avais promis deux sous, c'était pour qu'il retire cette punition à cette ouvrière, elle était punie injustement, et c'est la pensée de son mari qui vient dans mon idée croyant qu'il m'expérimente contre mes parents et moi-même et pourtant ce n'est pas vrai. Je demande des excuses à cet homme qui était un de mes amis en manière honnête ».

Voici encore un passage d'une autre lettre. « Je demande des excuses à deux de mes grands chefs. Quand j'ai été les trouver, j'affirme si j'ai mis quelques sous dans les trépassés c'était pour moi-même et non pour eux, ils n'ont pas de reproches à me faire et pourtant j'ai des excuses à demander à un de ces messieurs pour l'avoir cru l'expérimentateur d'un complot contre moi. Et ce n'est pas vrai. Ce sont mes pensées et pas autrement, je demande des excuses à M... d'avoir fait cette mauvaise pensée qu'il empochait de l'argent au sujet des centimes, faisait des gratifications et ce n'est pas vrai, je demande des excuses sincèrement. » Et encore ces lignes : « Je demande des excuses à M. T... d'avoir prié les trépassés contre lui et de l'avoir insulté de voleur et d'autres chefs intérieurement et dont je repoussais de suite l'idée et je demande sincèrement pardon de ne pas avoir agi énergiquement ; car je n'ai pas de reproche à leur faire. » Enfin, un dernier passage entre tant d'autres : « J'ai eu tort envers lui d'avoir mis deux ou trois sous aux trépassés pour qu'il me parle quand il était fâché. Je l'estimais parce qu'il était bon et juste pour les ouvrières. Mais s'il a

perdu sa place ce n'est pas de ma faute pourtant, car du temps que je lui parlais, il se dérangeait; je lui demande des excuses de l'avoir traité de complot contre moi, etc. » L... voit son esprit envahi par des pensées qui l'indignent, auxquelles elle n'accorde pas son consentement et qui l'assaillent malgré elle, elle se demande d'où peuvent venir ces idées. Nous venons de voir dans les quelques fragments de lettres écrites par notre sujet, qu'il se rend compte que ces idées prennent naissance en lui, qu'elles viennent de son propre fond. L... se rend parfaitement compte que c'est en elle que naissent toutes ces idées.

Parfois elle se dit que « c'est elle elle-même qui s'hypnotise, qui se fait des idées impossibles ». Puis elle s'empresse d'ajouter : « Pourtant ce n'est pas vrai, ce sont des choses qui ne sont pas vraies ». Ce dont elle s'accuse, elle sait, « que c'est elle qui a fait ces choses soit en réalité, soit en rêve, soit en cauchemar. Elle ne sait pas comment est sa tête ». Parfois voyant qu'elle n'accorde pas son consentement à certaines pensées qui semblent surgir à sa conscience, malgré elle et contre son gré, elle arrive à se demander si quelque puissance extérieure n'est pas la cause de ses pensées qui sont contraires à sa volonté. Ne sachant comme expliquer ces associations d'idées troublantes pour sa conscience, qu'elle constate et qu'elle ne comprend pas, elle se croit sous la domination d'une puissance étrangère indéterminée qui engendre et dirige ses pensées. Elle dit alors qu'on l'expérimente, qu'on l'hypnotise, qu'on parle en elle. Elle s'imaginait que toutes les personnes dont elle pensait mal, connaïssaient ses pensées, que tout le monde savait ses vilaines idées, qu'elle-même savait être fausses. C'est parce qu'on aurait su qu'elle avait dans l'idée de telles pensées et qu'en réalité ces pensées étaient fausses, qu'elle était

tant tracassée. Elle dit qu'elle entend « en elle » les personnes, dont elle pense mal, qui lui disent des sottises. Elle fait la demande et eux font « en elle » la réponse. Quand elle leur dit des sottises (ce sont des idées qui lui viennent en elle parfois, elle remue les lèvres et parle ses idées), ceux-ci lui répondent. Elle se cause à elle-même et se figure que tous ceux qui passent à côté d'elle ou qui rentrent dans sa chambre, savent ce qu'elle se dit à elle-même. Maintenant elle se dit parfois : « que je suis bête de croire cela, ce sont des superstitions ; j'ai tort d'insulter tout le monde en moi-même ». Voici encore une autre phrase d'elle qui précise bien son trouble mental et sa manière intellectuelle de réagir. « Je suis à m'écouter. Je m'imagine que l'on me dit certaines choses que peut-être on ne me dit pas. Dans mon idée je m'imagine qu'on me blâme de beaucoup de choses que je n'ai jamais faites, et que je n'ai jamais dites ni pensées. Si d'avoir entendu des conversations, ça me revient dans l'idée, je n'en suis pas la cause. »

La malade repasse dans sa mémoire les divers moments de sa vie. Les moindres événements de son existence lui reviennent à l'esprit ; elle les analyse et avec un doute méthodique, faisant pour chacun un examen de conscience minutieux, elle se demande si elle s'est comportée comme elle le devait en ces diverses circonstances. Le soupçon d'avoir mal agi ou mal pensé, cette condition primordiale d'une conduite irréprochable lui vient à l'esprit et lui fait découvrir au fond de sa conscience un détail insignifiant, répréhensible, un désir moins louable qu'elle le désirait. Notre sujet regrette ce qu'elle considère comme une faute et s'absorbe dans son remords. La simple hypothèse actuelle, qu'elle est nécessairement entraînée à faire pour étayer son jugement et se rendre compte de la pureté de ses

intentions et de ses actes, devient pour elle une pensée coupable. Bientôt cette hypothèse coupable s'associe à toutes ses pensées. Se souvient-elle d'une pensée, d'une action, immédiatement elle s'imagine que cette pensée, que cet acte ont été coupables. Cette idée de culpabilité est liée, attachée à toutes ces pensées comme une parcelle de fer est attirée par un aimant qui passe dans son voisinage et y adhère. Parfois une hypothèse de culpabilité n'ayant qu'un rapport très éloigné avec l'objet actuel de la pensée s'y attache. Et à chaque réminiscence de ce souvenir l'hypothèse revient à la mémoire. Elle ne s'effacera que lorsque la pensée primitive aura disparu du champ de la conscience.

L..., s'émeut de ses idées coupables qui lui reviennent à l'esprit. Elle les analyse, cherche à se prouver à elle-même qu'elles sont fausses, que ce ne sont que des rêveries, des imaginations, des bêtises. « Je suis bête et je suis folle d'avoir de pareilles idées ». — « On m'a souvent dit qu'il fallait repousser de pareilles idées qui sont fausses.

Ces craintes, ces soupçons provoquent une analyse minutieuse de tous les actes de sa vie qui sont autant de sujet de regret pour elle. Après ses actes, ce sont ses pensées qu'elle analyse, elles n'ont pas toujours été d'une pureté parfaite ; le soupçon d'une faute se présente aussitôt à son esprit au sujet d'un souvenir déterminé. L... se croit coupable, elle demande pardon des idées qui surgissent en dehors d'elle et malgré elle à sa pensée. Elle veut faire des excuses à ceux de qui elle a mal pensé. Ces pensées qui lui viennent à l'esprit la révoltent et l'indignent, elle ne leur donne pas son consentement. Ignorante elle est incapable de comprendre l'apparition de ces idées dans le champ de la conscience. Après une analyse minutieuse de son état

mental, elle leur trouve une origine en dehors de sa volonté, d'où elle conclut en dehors d'elle. Une seule explication est plausible. On la fait penser, « on l'expérimente, on l'hypnotyse ». Cette origine exogène est exprimée par la malade qui prétend qu'on parle dans elle : « J'ai entendu quelque chose, ajoute-t-elle, souvent comme si ç'avait été en moi que l'on me parle. »

Parfois elle discute en elle la valeur de ses idées de culpabilité ; son doute méthodique est analysé scrupuleusement. L... constate alors qu'elle donne son consentement à certaines pensées, qu'elle le refuse à d'autres. Cette constatation l'amène à croire que les pensées qui sont conformes à sa manière de voir viennent de son propre fond ; que celles qui sont contraires à ses sentiments viennent d'autrui ; les unes sont donc endogènes et les autres exogènes. La malade regarde son propre doute comme une discussion entre sa personnalité et d'autres personnes.

Mais tout se passe en elle dans son for intérieur.

Pour que dans de telles conditions on puisse discuter avec elle, il faut donc connaître sa pensée qu'elle considérait jusqu'ici comme sa propriété exclusive, comme un domaine inviolable et sacré dans lequel personne ne pénétrait et dont elle ne donnait au monde, que ce qu'elle voulait bien lui donner. Cette propriété privée est donc maintenant publique. « On me parle en moi-même, dit-elle ; on connaît ma pensée ; ce que je pense n'est plus secret, tout le monde le sait. Me vient-il une mauvaise idée à la pensée, l'idée d'insulter quelqu'un, cette personne en est immédiatement informée ». Elle veut écrire à ces personnes, leur faire des excuses, leur dire qu'elle n'est pas coupable, que toutes ces idées contradictoires se passent en dehors d'elle.

Elle est hypnotisée, dit-elle, on doit savoir tout ce qu'elle dit puisque elle est la seule coupable et que ce qu'elle raconte, elle l'a fait elle-même, mais que dans tout cela il y a beaucoup de choses qui sont des *rêveries*, *des imaginations*.

L... nous dit parfois qu'elle entend causer son père ou son mari mort depuis plusieurs années. Elle semble présenter de nombreuses hallucinations auditives.

La sœur de L... nous dit que l'entourage de notre sujet s'est aperçu de sa maladie à ses hallucinations auditives, on lui disait qu'il fallait partir. Il était donc logique de penser que les hallucinations avaient joué un rôle important dans le délire de la maladie.

C'est parce que L... entend des voix qui lui disent qu'elle est coupable, qu'elle s'imagine l'être réellement. Elle construit de la sorte sur ce thème et avec cette idée directrice tout un délire. L'examen minutieux des faits nous conduit à une opinion différente. En effet un interrogatoire détaillé sur les caractères spéciaux des voix qu'elle entend nous montre que notre malade croit qu'on lui parle en elle-même. Lorsque nous insistons pour savoir si les voix qui lui parlent ressemblent à la nôtre ou à celle de ses compagnes elle prétend qu'il y a une différence marquée.

Ce sont à son dire des idées qui lui viennent à l'esprit et qui s'imposent à sa conscience.

Comme de telles pensées surgissent en dehors de sa volonté et contre son gré, elle leur attribue une origine exogène. Dans son langage métaphorique elle fait appel à une image auditive pour expliquer qu'une personne étrangère lui suggère des idées actuelles. Elle dit qu'on lui parle. Après une tentative de suicide, L... expliquait son action en disant qu'on lui avait

commandé. Nous avons cru alors à des hallucinations auditives ; mais plus tard elle nous expliquait dans une lettre qu'elle nous adressait spontanément dans quelle influence elle avait voulu se suicider : « Ce qui est cause, dit-elle, que je me suis jetée à terre, c'étaient toutes ces idées que je me faisais intérieurement. » Il s'agissait donc ici d'un langage purement intérieur et le terme de voix employé chez la malade semble être une simple métaphore indiquant l'origine exogène que notre sujet attache aux pensées qui envahissent malgré sa volonté le champ de sa conscience. Il semble donc que ces pseudo-hallucinations ne jouent qu'un rôle secondaire dans la genèse du délire de notre sujet. Elles ne sont pas la cause du délire, elles lui sont simplement consécutives.

Lorsque les premiers troubles psychiques apparurent L... sentait que des bras et des mains venaient l'enserrer énergiquement. Elle voulut en prendre une connaissance plus exacte par un toucher méthodique, elle eut la sensation de doigts froids longs et applatis ; les ongles étaient également froids et aplatis. Notre sujet en conclut que c'étaient les morts qu'elle avait priés qui venaient l'étreindre. Aussi n'osait-elle pas s'endormir lorsqu'elle couchait seule dans sa chambre. Depuis que L... est dans le service, ces hallucinations de la sensibilité générale ont complètement disparu ; de sorte qu'en dépit des apparences nous sommes porté à croire qu'il y a moins d'hallucinations à proprement parler qu'on serait tenté de le supposer, trompé que l'on est par le terme d'hallucinations qu'il semble naturel d'appliquer à ce qui n'est en réalité que représentations mentales toutes intérieures à peine extériorisées pour la plupart.

En résumé, il semble que la genèse de ce délire doive s'expliquer de la façon suivante :

L... s'imagine qu'elle a commis quelques actions répréhensibles, ou qu'elle a eu quelque mauvaise pensée. Pour s'en rendre compte et juger équitablement de la valeur morale de ses pensées ou de ses actes, elle est amenée à analyser somptueusement son mal moral. De simples hypothèses lui semblent des pensées ou des désirs coupables. Cette introduction mentale l'amène à découvrir des associations d'idées qu'elle ne peut pas s'expliquer. Une solution s'offre néanmoins à ce problème : une puissance extérieure dirige ses pensées, ses idées, lui parle, comme elle le dit elle-même dans son langage métaphorique, on l'expérimente, on l'hypnotise. Et comme tout se passe dans son for intérieur, on connaît sa pensée. Elle ne peut plus avoir de secrets. Est-elle dans une rue, dans un salon ? tous les voisins savent ce qu'elle pense. « Un complot s'est formé contre moi pour connaître ma pensée », mais elle ne tarde pas à ajouter qu'elle est la seule coupable.

Notre malade ressemble de prime abord à une persécutée, mais ses pseudo-persécutions dérivent d'idées d'auto-accusation qui en sont la genèse. En vérité il ne s'agit là que d'une instabilité mentale, timidement dirigée par une introspection psychique minutieuse. En fouillant au hasard chaque état psychique L... est frappé par toutes ses pensées, dues à des associations d'idées automatiques ou conscientes.

Dans cette belle observation, nous voyons une jeune femme impressionnable, suggestive, émotive, inquiète et très peureuse. Bref, une personne qui

n'est point maîtresse de ses sentiments. Un rien l'effrayait.

A la longue, son émotivité n'est plus personnelle, elle s'inquiète même d'une façon exagérée, pour son entourage. Puis l'inquiétude se généralise même aux objets : « mettait-elle une lettre à la poste, elle était hantée par la crainte de ne l'avoir pas ou de l'avoir mal affranchie, elle revenait à plusieurs reprises pour la cacheter. » Cette jeune femme, de l'émotivité exagérée passe au doute. Mais douter, c'est réfléchir, faire examen de sa conscience et arriver finalement à une conclusion ce que notre malade n'est pas capable de faire, parce qu'elle est abouli-que.

L'observation nous montre les stigmates psychasthéniques : les sentiments d'incomplétudes : et les insuffisances psychologiques.

Naturellement par la suite, la malade devient scrupuleuse. « Elle se considère désormais comme une grande coupable. » Elle scrute les diverses actions de sa vie, ainsi que ses diverses pensées, pour obéir à son état obsédant de scrupules. Plus elle doute, plus son état empire. La voilà avec ses obsessions, de sacrilège, de honte de soi, de crime et de remords. Elle critique ses obsessions, elle doute d'elles, elle est consciente ; mais elle s'analyse, elle cherche à comprendre d'où viennent ces idées obsédantes. Elle se rend compte que c'est en elle que naissent toutes ces idées, cependant les troubles de la volonté sont plus profonds chez elle, elle ne peut

s'arrêter à cette conviction, elle doute encore, elle croit qu'elle s'hypnotise. Puis, elle s'empresse d'ajouter : « pourtant ce n'est pas vrai. » Et vite à douter de nouveau : « elle arrive à se demander si quelque puissance extérieure n'est pas la cause de ses pensées qui sont contraires à sa volonté. »

Enfin, elle se croit sous la domination d'une puissance étrangère indéterminée. Mais ce n'est pas tout, on l'expérimente, on l'hypnotise, on parle en elle. Pourtant, cette conviction ne dure pas longtemps. Elle doute de nouveau, par exemple de ses idées de culpabilité et elle ajoute : « ce sont des rêveries, des imaginations ». Son doute est perpétuel, car elle entend des voix qui lui disent qu'elle est coupable, mais elle n'en est pas bien sûre : « ce sont des idées qui lui viennent à l'esprit et qui s'imposent à sa conscience ». Cependant son esprit ne s'arrête jamais : « un complot s'est formé contre moi pour connaître ma pensée » mais elle ne tarde pas à ajouter qu'elle est la seule coupable.

Nous ne sommes nullement d'accord avec MM. Vaschide et Vurpas qui, dans leur travail, expliquent la maladie de L..., à cause de l'introspection exagérée chez une personne dont le cerveau n'est pas apte pour une analyse pareille.

La malade L..., est une psychasthénique. Son introspection exagérée est la conséquence de son aboulie profonde. Les idées délirantes de persécution sont des conceptions délirantes, tout en gardant le caractère des obsessions. Les idées délirantes

apparaissent parce que les fonctions de l'intelligence sont troublées. Elle veut s'expliquer l'état de son mal, c'est une idée obsédante ignorante comme elle est, ce problème ne devrait même pas se poser ; mais l'idée s'impose, car son attention, sa volonté ne sont pas capables de la chasser, alors elle se donne une explication à laquelle elle ne croit pas longtemps, elle doute toujours.

On voit ici le rôle de l'intelligence. Si cette malade était d'une intelligence médiocre, elle aurait vite accepté, comme vraie, sa conception délirante. Les idées délirantes ici ne sont que des obsessions. Au lieu qu'une seule idée forme l'obsession, c'est une pensée et comme telle, elle est plus complexe, l'obsession devient exogène, tout en ne perdant pas son caractère d'obsession. La malade a conscience de son délire. Enfin ; c'est qu'elle est la coupable « dit-elle. Elle est persécutée, mais elle s'accuse, car elle n'est pas persuadée de l'existence de ses ennemis et elle sait qu'elle est malade. » La conscience persiste donc, même pendant son délire, puisque ce délire est un pseudo-délire.

## OBSERVATIONS XI et XII

(Séglas. — *Progrès Médical*, 5 septembre 1891.)

Obs. XI.— C'est une dame, âgée de trente-trois ans, qui fréquente nos consultations externes de la Salpêtrière depuis trois ans. Un mot d'abord sur ses antécédents. Son père était alcoo-

lique et est mort paralysé du côté gauche. Sa mère tombait en attaques ; elle était d'abord raide, puis se débattait et criait : elle paraît avoir eu des obsessions de doute.

Je n'ai pu recueillir que peu de renseignements sur les antécédents personnels de la malade : elle était d'une intelligence peu développée, apprenait difficilement. Elle fut réglée à onze ans et demi sans accidents. La maladie actuelle a débuté, à l'âge de vingt-quatre ans, à la suite d'une couche et de chagrins occasionnés par l'abandon de son mari. Elle n'avait plus de goût à rien, souffrait de la tête, ne pouvait tenir en place. Elle fut prise alors d'envie d'étrangler son mari ou les personnes qui lui parlaient, de se pendre, de mettre le feu au lit de sa fille. Ces impulsions déterminaient chez elle une angoisse extrême : c'était d'autant plus cruel, dit-elle, que j'aimais bien ma famille, que je ne suis pas méchante. Quelque temps auparavant, elle avait entendu parler d'une dame qui voulait étrangler son mari et cela l'avait beaucoup frappée.

A peu près vers la même époque, se trouvant chez un fournisseur, elle entend parler d'une personne qui venait d'être internée dans un asile d'aliénés parce qu'elle disait qu'elle était reine. C'est à partir de ce moment qu'elle a été obsédée par l'idée qu'elle était reine ou qu'elle allait le devenir. D'ailleurs, dit-elle, tout ce qui me frappe me reste, surtout lorsqu'on parle de folie. Cette idée qu'elle est reine la prend tout d'un coup : « Je n'entends pas qu'on me parle, dit-elle, cela vient en moi comme si c'était moi-même qui le disais dans la gorge » ; parfois même elle a la tentation de le dire tout haut, mais elle se retient par crainte de passer pour folle. En même temps que cette idée de reine se présente à son esprit, cela la frappe dans l'estomac et lui serre la gorge, elle étouffe et fait

des efforts comme pour avaler quelque chose qui l'étranglerait, a envie de crier « au secours » et reste toute saisie. Ces phénomènes pénibles disparaissent quand l'idée la quitte et elle est plus tranquille tout en se désolant à la pensée que cela la reprendra bientôt et se demandant si elle ne deviendra pas tout à fait folle. Elle a parfaitement conscience de la nature maladive de ce qu'elle éprouve, dit que c'est absurde d'avoir de pareilles idées, qu'elle n'est pas reine du tout et qu'elle ne sait pas comment elle peut en arriver à avoir des idées semblables. Ces idées la prennent fréquemment, souvent plusieurs fois par jour et cela par accès séparés par des intervalles de calme ; plus elle fait alors attention, plus l'obsession est forte ; si, au contraire, elle se distrait tout de suite, c'est moins fort. Parfois cela la prend lorsqu'elle parle et alors elle est obligée de s'arrêter ; d'autres fois elle peut continuer sa conversation première. En dehors des accès, quand elle pense volontairement à ses idées de royauté, elle est un peu émue mais n'a pas d'angoisse. La nuit, elle dort sans y penser, mais, au réveil, souvent elle se dit : « Je me réveille comme une reine » et elle en reste toute épouvantée. Les idées obsédantes sont toujours de même couleur ; leur formule seule varie, mais peu. C'est, par exemple : « Je suis reine ; — ton mari est roi ; — tu monteras sur le trône ; — ta fille régnera. » Parfois, ces idées l'amènent à certains actes en rapport avec elles ; une fois elle s'est mise à nettoyer chez elle parce qu'elle était obsédée par cette idée : Il faut balayer, s'il venait du monde de la Cour. » Dans les derniers temps, la formule de l'idée obsédante de grandeur devient incompréhensible pour elle, c'est un néologisme dont elle ne peut même donner l'explication : « Je vais nommer la légende. »

Aucune conception délirante proprement dite. Tout cela ne laisse pas que de l'inquiéter sur sa santé intellectuelle, d'autant plus qu'elle a pleinement conscience du caractère pathologique de ses obsessions. Elle nous demande ce qu'elle va devenir, si cela ne la mènera pas à la folie et, lorsqu'elle se trouve avec d'autres personnes, il lui arrive parfois de se dire avec anxiété : « Si on savait que j'ai ces idées-là on me traiterait de folle. »

Obs. XII. — C'est un homme, âgé de trente ans, qui s'est présenté aussi à la consultation externe en septembre 1890.

Les renseignements que j'ai pu recueillir sur les antécédents héréditaires sont absolument négatifs. Je n'ai guère non plus de données sur les antécédents personnels du malade, il a eu des peurs fréquentes de trois à cinq ans, il apprenait bien à l'école et n'aurait pas fait de maladies antérieures. Le début de l'affection actuelle remonte à un an : quinze jours avant il avait eu de vives contrariétés et un mois avant il avait reçu un coup de pied de cheval à la jambe droite. Les premiers symptômes sont apparus subitement sans qu'il ait été souffrant auparavant en quoi que ce soit.

Il rentrait un soir, sur l'impériale d'un omnibus, lorsque tout d'un coup il lui sembla que ses voisins le regardaient et il fut pris de l'idée qu'on allait peut-être lui faire du mal. Il se mit à trembler, mais cependant il ne descendit de l'omnibus qu'au terme de sa course ; mais alors il fut obligé d'entrer dans un bureau de tabac pour attendre que le tremblement cesse. — Depuis cette époque, lorsqu'il est dans la rue, il lui arrive de s'imaginer que quelqu'un le suit et qu'on va lui faire du mal. Parfois, sur le moment, il n'était pas sûr que ce ne fût vrai :

mais tout de suite il reconnaissait que c'était faux et cependant il était saisi d'une inquiétude qu'il ne pouvait dominer.

Plus tard, quand ses camarades de travail parlaient entre eux, il lui semblait qu'ils disaient du mal de lui et alors, dit-il, « cela me montait à la tête, j'étais ébloui, tout tournait, et je ne pouvais pas résister à cela. » « Par moments, je croyais que mes camarades faisaient cela pour me monter la tête, mais tout de suite en réfléchissant, je reconnaissais que c'était une idée fausse que je me faisais. — Quand on me regardait par hasard, qu'on parlait, je prenais cela tout autrement comme si c'était pour moi, et alors je ressens comme un coup dans l'estomac, cela me prend à la tête et au cœur, je me mets à trembler et je ne puis pas rester.» Jamais ce malade n'a eu d'hallucinations : il a changé plusieurs fois d'atelier, mais ses obsessions le suivent dans ses déplacements. Lorsqu'il travaille à la campagne il est moins tourmenté : de même quand il est seul, quand il ne travaille pas ou lorsqu'il est préoccuppé d'autres idées. « Ces peurs-là me prennent tout d'un coup, dit-il, et ne durent pas longtemps. » Lorsqu'elles sont passées, il se trouve très bien. Il a parfaitement conscience de la nature pathologique de ce qu'il appelle ses peurs et c'est de lui-même qu'il est venu consulter. Il n'a pas d'autres obsessions.

La santé physique est satisfaisante : le front est étroit, très légèrement asymétrique, la voûte palatine étroite et profonde, les oreilles mal ourlées, le lobule adhérent. Aucun signe d'alcoolisme ni d'hystérie ; sommeil bon.

Dans ces deux observations curieuses, il ne s'agit plus d'une idée obsédante simple, c'est-à-dire d'une obsession quelconque à laquelle s'ajoutent des idées

délirantes ; mais l'idée obsédante est une pensée, une conception, qui, en plus de son caractère obsédant, devient parfois délirante.

Ce fait est très important, car il semble que le côté délirant d'une idée doit être en rapport avec la grandeur de la synthèse secondaire qui se forme. En effet, la synthèse première, la personnalité consciente, est d'autant plus amoindrie que la synthèse secondaire est plus grande.

Les obsessions de scrupule, de honte, de crime, etc., ne sont que des idées plus ou moins complexes, mais les idées obsédantes : qu'on est reine (obs. XI), que le mari est roi, que la fille règnera ce sont des idées autrement complexes.

L'idée « reine » est une conception de l'importance de laquelle tout le monde se rend compte ; tandis que l'idée « de rage », par exemple, si complexe qu'elle soit, est relativement une idée simple.

La malade en question est obsédée de plusieurs idées obsédantes, mais il n'y a que la formule seule qui varie, parce qu'il y a une systématisation de l'obsession. C'est un autre caractère important : le rapport entre le délire et l'obsession. Le délire se forme d'autant mieux qu'il y a enchaînement, logique, construction autour d'une idée, c'est-à-dire association des idées contiguës pour créer une conviction, une croyance.

C'est ainsi que se forme chez la malade l'idée obsédante de grandeur, chez l'homme l'idée obsédante

de persécution et chez tous les deux un état de mélancolie, puisqu'ils se rendent compte du mal dont ils souffrent.

## OBSERVATIONS XIII, XIV et XV

(F.-L. Arnaud. — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 1907, Genève-Lausanne.)

Obs. XIII. — Une jeune femme de trente-quatre ans est admise à la Maison de Santé, en 1867, pour un état mental caractérisé principalement par des scrupules religieux, des craintes du toucher, des idées de persécutions très actives et des phases d'agitation assez violente. En remontant dans le passé de la malade, on apprend que, depuis l'âge de douze ans, elle présentait des scrupules de toute sorte, qu'elle éprouvait une vive répugnance à toucher certains objets et certaines personnes, parce que ce contact pouvait transmettre une maladie ; elle s'enveloppait la main d'un linge pour toucher aux boutons de porte, se lavait indéfiniment les mains, elle avait des impulsions irrésistibles, etc. Devenue progressivement incapable de s'occuper à quoi que ce soit, elle ne sortait plus guère de sa chambre.

Après vingt ans, de cet état psychasthénique grave, apparut le délire de persécution qui finit par déterminer l'internement. Les obsessions, les phobies, les angoisses, les innombrables *manies*, l'irrésolution et le doute persistent après l'entrée de la malade, sans modification appréciable. Pendant dix-huit années, je l'ai connue passant plusieurs

heures tous les jours en lavages inutiles,refusant de toucher certains objets, notamment les boutons de portes et les ustensiles de ménage, refusant de donner la main, ayant une foule de *manies* dans la façon de s'habiller, d'arranger son lit et les meubles de son appartement, de se tenir à table et de manger ; éprouvant le besoin impérieux et angoissant de répéter indéfiniment et toujours dans les mêmes termes certaines phrases particulières, de faire certains gestes qui avaient pour elle la valeur de conjurations, une signification protectrice. Elle ne sortait de sa chambre que contrainte et forcée.

Quant au délire de persécution, il avait suivi la marche ordinaire des délires systématiques ; la malade désignait son persécuteur, toujours le même ; elle avait des hallucinations multiples, surtout auditives et génitales, et elle cherchait à se protéger contre les tentations de ses ennemis par des moyens plus ou moins ingénieux. Le délire avait évolué vers les idées de grandeur : M^lle^ X... s'attribuait une fortune colossale, des titres princiers ; elle disait avoir des centaines d'enfants qui occupaient de hautes situations, etc. Tout cela, malheureusement,lui était contesté ou enlevé par ses ennemis, qui la tenaient enfermée à Vanves et qui, nuit et jour, la tourmentaient et la molestaient cruellement. M^lle^ X... est morte au commencement de cette année 1907. d'une congestion pulmonaire grippale, dans le même état mental caractérisé à la fois par les symptômes psychasthéniques les plus nets et par un délire de persécution systématisé, évolution progressive. Elle était âgée de soixante-quatorze ans.

Obs. XIV. — La seconde malade de cette catégorie est

âgée de trente ans lorsqu'elle entre à Vanves pour un état mental caractérisé par des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe qui lui font entendre des paroles injurieuses et menaçantes ; par des bizarreries nombreuses, consistant en craintes du contact, en mouvements compliqués et inutiles, par des obsessions et des impulsions multiples ; elle éprouve notamment le besoin de compter et de faire compter indéfiniment les personnes qui la servent ; à table, elle se livre à une incessante gesticulation ; avant de manger ou de boire, elle doit toucher, de son couteau ou de sa fourchette, son verre, sa carafe ou tout autre objet. Ces scrupules et ces *manies* ont débuté dès l'enfance et n'ont fait que se développer depuis. Il est très difficile de la décider à changer de linge ; elle ne consent à sortir de son pavillon que dans certaines conditions et lorsque personne ne peut la voir, etc. Elle a, de plus, des tendances mélancoliques et des préocupations hypocondriaques très marquées. Si on contrarie ses innombrables *manies*, elle a des crises d'angoisse très vive. Le délire et les obsessions n'ont pas cessé d'évoluer côte à côte depuis trente-neuf ans et l'état de la malade, âgée de soixante-neuf ans, est encore actuellement le même dans son ensemble.

Obs. XV. — Une troisième malade est admise, à l'âge de quarante ans, pour un état mélancolique avec idées de persécution, hallucinations auditives et génitales, idées hypocondriaques extrêmement actives, troubles profonds de la personnalité et doute sur la réalité de certaines perceptions. Cet état délirant remonte à quelques mois. Mais, depuis vingt-cinq ans, M^me^ Z... était manifestement aboulique, obsé-

dée, scrupuleuse et phobique. Elle ne pouvait prendre aucune décision, elle pouvait encore moins agir utilement ; c'est ainsi qu'elle travaillait, *depuis vingt ans*, à une tapisserie d'environ 50 centimètres carrés, sans parvenir à la terminer.

La malade ne peut entrer dans un appartement ou en sortir sans avancer et reculer plusieurs fois et sans un effort violent pour franchir la porte. Suspendre un objet à un porte-manteau est, pour elle, un travail difficile et pénible. Elle ne donne pas la main, refuse de toucher les boutons de porte et autres objets ; elle a des scrupules religieux et moraux, des crises d'angoisse, etc. Les deux états subsistent, sans modification appréciable pendant deux mois après l'entrée. Puis brusquement le délire semble disparaître en quelques jours, les symptômes obsédants demeurant les mêmes. Mais l'amélioration n'était qu'apparente et trois mois après, avec la même brusquerie, l'état délirant reparaissait avec quelques modifications, mais plus intense encore ; les hallucinations étaient plus actives, les idées de persécution beaucoup plus nettes et il existait une grande excitation cérébrale, la malade passait une partie de ses nuits debout, en conversation avec ses interlocuteurs imaginaires. Les troubles de la personnalité étaient également plus accentués ; la malade refusait de reconnaître les personnes de sa famille qui venaient la voir ; ces personnes, disait-elle, ressemblaient à ses parents, mais n'étaient pas eux, en réalité. De même, elle disait que le pays où elle se trouvait était un « faux Vanves », les arbres du parc n'étaient que « de faux arbres, etc. Cette malade est internée depuis dix-sept ans ; elle a conservé toutes ses *manies*, ses hallucinations et ses innombra-

bles idées délirantes, son état n'a fait que s'aggraver et se compliquer toujours davantage.

Dans ces trois observations, il y a combinaison entre l'état psychasthénique et l'état délirant. C'est une association du délire à la psychasthénie. Il y a vraiment *coexistence*, dit M. F.-L. Arnaud, des deux ordres de symptômes qui se pénètrent et s'enchevêtrent, suivant une logique plus ou moins évidente, de façon à compliquer beaucoup le tableau clinique, mais qui restent toujours reconnaissables, les uns et les autres, à leurs caractères généraux. Les formes délirantes habituellement observées, dans les cas de ce genre, sont les délires mélancoliques et de persécution, souvent combinés.

## OBSERVATION XVI

(Séglas. — Clinique des maladies mentales.

*Semaine médicale*, 5 octobre 1892.)

Les troubles intellectuels qu'on observe chez Mme G... remontent au mois de mars 1889. Il est bon toutefois de noter que l'hiver précédent, tous ses enfants avaient été malades : elle eut à subir à ce moment beaucoup de fatigues dont sa santé physique s'est ressentie.

Elle avait des maux de tête, de reins, elle avait perdu l'appétit et vomissait souvent ; ses jambes enflaient, elle avait des pertes blanches, des insomnies plus ou moins complètes. Outre les fatigues et l'inquiétude occasionnées par la maladie

de ses enfants, elle eut aussi à cette époque des ennuis d'argent. Elle était devenue indécise, sans initiative.

C'est à la suite de cela que les troubles intellectuels éclatèrent « comme un coup de foudre ». Elle habitait alors Villeneuve-Saint-Georges. Un jour, étant au lavoir, « on aurait dit » que tout le monde se moquait d'elle, de son linge, de ce qu'elle faisait, de ce qu'elle disait. Il lui semblait que les personnes qui étaient là montaient une cabale contre elle, qu'elles faisaient des signaux : elle croyait qu'on allait lui faire une plaisanterie en sortant. Il lui semblait tellement alors que tout cela était vrai qu'elle avait gardé à la main son battoir pour se défendre. Une fois rentrée, elle envoya son mari aux informations, mais il ne put rien apprendre de particulier. A la suite de cet incident, elle se renferma chez elle, et ne veulut plus sortir ni voir personne. Il lui semblait qu'on voyait chez elle, qu'on savait ce qu'elle pensait, que certains articles de la *Lanterne* la concernaient. C'étaient surtout les gens de son quartier et du lavoir qu'elle accusait. A cette époque, lorsqu'elle apercevait quelqu'un, *cela la serrait à l'estomac, elle ne pouvait ni respirer ni avaler*, mais c'était cependant moins fort que maintenant. C'est là une constatation à retenir, car ces symptômes ne sont autres que des phénomènes d'angoisse que nous retrouverons encore plus accentués par la suite.

La malade présentait encore d'autres interprétations délirantes de même ordre. Il lui semblait que son feu ne marchait pas bien, qu'on lui donnait de mauvaise marchandise exprès pour cela, qu'on avait bouché sa cheminée. Une fois elle crut qu'on avait mis du pétrole dans des pruneaux qu'elle avait achetés et les renvoya à l'épicier. Elle avait senti cela à l'odeur. Il y avait donc des hallucinations de l'odorat ; je n'en ai

pas rencontré du côté de la vue, du goût, de la sensibilité générale ; mais quelques hallucinations de l'ouïe, seulement la nuit, Elle crut à plusieurs reprises entendre des tombereaux qu'on faisait passer sous ses fenêtres pour l'empêcher de dormir. Elle s'imaginait qu'on voulait la faire disparaître, qu'on lui trouvait toutes sortes de défauts ; il lui semblait que tout ce qu'elle avait fait jusqu'à ce jour était mal fait, qu'elle n'avait pas rempli comme tout le monde ses devoirs de femme de ménage, qu'*elle avait tous les défauts possibles*. « Je me disais : c'est que je n'ai pas bien fait, je n'ai peut-être pas bien élevé mes enfants. Si on me parlait affectueusement, il me semblait qu'on se moquait de moi. Les compliments qu'on avait pu me faire jadis me semblaient des plaisanteries. »

Je vous signale simplement en passant, comme un fait très particulier et sur la valeur diagnostique duquel j'aurai à insister tout à l'heure, ce caractère des idées délirantes chez notre malade qui, en même temps qu'elle se croit persécutée et qu'elle accuse les autres de lui faire des misères, s'accuse aussi elle-même, se croit coupable, regarde l'hostilité qu'on semble, croit-elle, lui manifester comme une allusion à ses défauts, à des fautes qu'elle croit devoir se reprocher.

Sous le coup de ces idées, elle quitta Villeneuve pour aller à Pantin ; mais ce fut la même chose : « le mot d'ordre était donné, les gens du chemin de fer étaient sur la voie pour me narguer ; je n'osais pas me mettre à la fenêtre. Si je voyais un geste, si j'entendais un mot, cela me concernait. Jamais on ne s'est adressé à moi : c'était même ce qui me vexait, parce que je ne pouvais répondre ».

Elle a eu à cette époque quelques hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Un jour entre autres, étant à table

dans sa famille, elle entend dire : « nous allons lui faire ressentir dans le pied la douleur qu'elle a eue autrefois », et au même instant elle a ressenti cette douleur.

Alors elle retourna dans son pays, à Lyon. Là encore tout lui semblait dirigé contre elle, elle croyait qu'on avait téléphoné à Lyon. A ce moment elle avait *une croyance absolue* à la réalité de ses idées.

Ce détail ne laisse pas que d'être digne d'intérêt, car nous verrons que par la suite la malade reconnaît au contraire la fausseté des idées actuelles qui la dominent.

A ce moment survint une période de *rémission*. Revenue à Villeneuve, Mme G.... avait fini par prendre le dessus, tout en n'étant pas absolument tranquille. Mais, au bout de quatre mois, nouvelles interprétations délirantes. Il lui semble qu'on la guette ; si elle fait quelque chose, elle croit que les locataires voisins se font des signaux. Il lui semble qu'on sait ce qui se passe en elle, même ses pensées ; que lorsqu'on lui parle, c'est pour se moquer d'elle. « Quand je suis en face de quelqu'un la tête me tourne et je tomberais tellement cela m'ennuie : il me semble que les personnes *présentes* ont une influence sur moi et je crois que c'est cela qui fait qu'on se moque de moi. Un jour, étant à la promenade, il y avait devant moi des personnes que j'avais connues. J'étais malheureuse rien qu'à l'idée qu'elle pourraient s'arrêter pour me regarder, et j'ai été *contente et soulagée* quand je les ai vues prendre une autre direction. On ne m'a jamais rien dit, mais il me semble qu'on me reproche quelque chose. *Il me semble que tout cela n'est que des idées fausses* que je me fais. Je voudrais être assez forte pour braver tout cela, mais je ne puis pas ».

Ces paroles mêmes de Mme G..., nous montrent bien qu'elles

est jusqu'à un certain point maintenant consciente de la fausseté de ses idées, en même temps qu'elles mettent en relief leur caractère d'irrésistibilité et d'angoisse paroxystique suivie d'une détente.

Ces symptômes particuliers sont encore plus dans ce qui suit.

La vie lui étant devenue insupportable à Villeneuve, elle vint habiter Paris en août 1890. Elle fut tranquille d'abord, mais dès le 15 septembre elle ne peut plus voir personne de la maison. « Dès que je me mets à la fenêtre, quand j'aperçois quelqu'un, mon sang ne fait qu'un tour tellement cela m'impressionne, *cela me serre dans la poitrine*, je deviens pourpre ou verte, les jambes me manquent, je ne sais plus ce que je fais, je n'ai plus la tête à moi. *Cela dure le temps que je vois les personnes.* En sortant de chez moi, je suis comme une imbécile, *plus loin cela se passe.* Dans la campagne, ne voyant plus personne, *je respire* et je ne puis me décider à rentrer. Je ne puis tenir conversation à personne, je n'ose pas, je ne sais quoi dire tellement je suis impressionnée. Il me semble qu'on se moque de moi, mais je ne sais pas si c'est vrai. Il me semble que tout le monde me trouve drôle, mais je suis drôle aussi ; je n'ose pas parler, je crois qu'on sait toutes mes pensées, toutes mes actions. Quand je suis devant quelqu'un je n'ai pas la force de parler, de regarder le monde. Je crois qu'on s'imagine que j'ai tous les défauts possibles, et cependant je n'en ai plus qu'une autre ; je crois qu'on veut se moquer de moi, qu'on guette ma figure, qu'on se dit : je vais la faire devenir pourpre. Ce qui me manque, c'est la force de caractère pour dompter tout cela, et pour me dire : cela m'est égal. » *Je ne crois pas*, dit-elle, que les gens de Villeneuve aient quelque chose contre moi et *je ne puis pas cependant m'empêcher* d'avoir l'idée

qu'ils vont peut-être donner le mot à ceux de Paris. Toujours cela me revient et je rumine tout le temps malgré moi : « Qu'est-ce que je vais devenir, ma famille est perdue, que nous arrivera-t-il ? Dans le lit, je pense à cela tout le temps et alors je suis tout en sueur et je ne puis plus remuer. Quand je suis descendue du train à la gare de Lyon, j'ai vu une voisine qui venait voir sa belle-sœur. Je le savais bien cependant je n'ai pu m'empêcher de croire que c'était pour moi, je me suis sauvée en courant, cela me tournait dans l'estomac, dans tout le corps. »

Le caractère angoissant paroxystique et irrésistible des idées délirantes est encore nettement analysé par la malade elle-même, lorsqu'elle nous dit : « Quand j'ai ces idées, c'est toujours dans l'estomac que cela me prend : c'est comme un poids, comme si mon manger était resté ; j'ai aussi des palpitations, les joues pâles ou rouges, des sueurs froides, mes jambes fléchissent. Cela dure trois ou quatre minutes, je me raisonne un peu et cela finit par se passer. » Elle a bien conscience aussi de la nature pathologique des phénomènes qu'elle ressent. « Ce doit être des idées : je crois toujours que les gens de Villeneuve sont contre moi ; *j'ai beau me dire que c'est absurde*, je ne puis me dominer. »

Cette observation est tout à fait intéressante, car on constate que les mêmes idées prennent au début de la maladie la forme d'un délire de persécution systématisé, à marche rapide, irrégulière ; puis après une rémission, les mêmes idées de persécution se présentent sous une nouvelle forme, celle des idées obsédantes et conscientes. C'est un cas mixte.

Mais s'agit-il donc d'un délire de persécution ?

Nullement, parce que l'allure générale de la maladie n'est pas celle du délire de persécution. D'autre part, ce n'est pas une variété de délire à marche irrégulière, car dans ce cas le sujet est toujours *inconscient*.

La maladie ici a une évolution tout autre : la malade est consciente du mal dont elle souffre. De même, la formule des idées de persécution n'est pas la même que chez les vrais persécutés : la malade se croit persécutée, mais elle ajoute qu'elle ne croit pas qu'on lui en veut ; en même temps, elle s'accuse aussi elle-même, se croit coupable. Le vrai persécuté se pose en victime, injustement poursuivie, et accuse les autres. De plus, le caractère du sujet exprime l'orgueil habituel de ces malades.

S'agirait-il, par exemple, d'un cas de mélancolie ? En aucune façon, parce que le développement de cette maladie est tout autre, le délire mélancolique a une autre physionomie et il est secondaire aux troubles émotionnels et volontaires de la maladie.

Les idées délirantes de persécution et d'autoaccusation de la malade ont les caractères des idées obsédantes ; elles sont : automatiques, irrésistibles, paroxystiques et angoissantes. Pendant la période de la détente qui suit les paroxysmes, la malade raisonne et discute le mieux son état. Enfin, elle a la conservation de la conscience qui lui permet de raisonner ses idées, d'en reconnaître la fausseté, en dehors des paroxysmes. Au début seul de la maladie

la conscience avait disparu, mais en laissant toutefois persister le caractère d'angoisse.

On a dit que le persécuté est un condamné, une victime qui se défend ; le mélancolique, un prévenu, un coupable, qui attend d'être châtié.

Mais le psychasthénique délirant, c'est une victime coupable, suivant l'heureuse expression de M. Gilbert Ballet, prononcée au Congrès de Blois (1), lorsqu'il a parlé à propos d'un malade castré et obsédé ensuite d'un délire de ce genre.

## OBSERVATION XVII

(Séglas. — *Leçons cliniques*, 1895, p. 401.)

Mlle R..., âgée de vingt-six ans ; elle est la fille d'un père qui a été dix ans aliéné, s'est rétabli, puis a rechuté et est mort fou.

Nous ne savons rien de l'enfance de la malade.

Elle a toujours été très orgueilleuse et en même temps très scrupuleuse ; elle-même avoue, dès l'âge de dix ans, des scrupules religieux ; elle se rappelle avoir eu un scrupule le jour de sa première communion, parce qu'elle croyait avoir mal fait sa prière, et, par suite, être en état de péché mortel.

Toujours elle a eu peur de la damnation. Elle est également un peu superstitieuse. Si elle n'attache pas d'importance au 13, au vendredi, au sel renversé, etc., elle a des préférences pour certains jours, ceux qui sont consacrés, par exemple, à la Vierge, à saint Michel.

---

1. Voir *Semaine médicale*, 1892, page 324.

D'une intelligence moyenne, elle a pu cependant se faire recevoir institutrice. A dix-huit ans, elle donnait des leçons à des petites filles dans une pension de province ; puis elle est entrée dans un couvent aux environs de Paris. Elle y resta deux ans, et, au bout de ce temps, fut renvoyée parce qu'on ne lui trouvait pas la vocation. Elle vécut alors dans un sous-sol, en faisant de la couture ; au bout d'un an, elle entra dans une maison qui se chargeait de placer des institutrices. Elle y était depuis cinq ans lorsqu'elle est tombée malade. Pendant ces cinq années, elle fit de nombreuses places comme institutrice, car elle restait fort peu de temps dans chacune ; elle a même été jusqu'à changer six fois dans le même mois.

Dans les derniers mois, vers la fin de 1892, elle devenait bizarre, semblait toujours distraite, comme oubliant ses connaissances antérieures, ne surveillait pas sa tenue, se mettait dans des coins où elle restait en prière. Le 5 février 1893, la personne chez qui elle était placée la ramène à la maison en disant qu'elle ne se rendait plus compte de ses actes ; elle faisait presque des avances au frère de cette dame ; elle ne parlait plus, avait l'air d'une véritable idiote, se glissait le long des murs.

La nuit fut très agitée, sans sommeil. Le lendemain, après le déjeuner, elle demanda la permission de sortir pour aller à l'église se confesser, ce qu'elle avait déjà fait quelques jours auparavant. Après avoir résisté, on finit par lui accorder une sortie d'une demi-heure. Elle ne rentra que dans la soirée. On l'appela, elle ne répondit que par un cri bizarre et on s'aperçut qu'elle se trompait de porte. On la fit dîner et aux questions qu'on lui posa sur son retard, elle répondit, avec force démonstrations, qu'elle s'était mariée dans la journée, qu'elle

a un charmant mari, qu'elle a dû recevoir ses invités, qu'on s'était opposé à son mariage, qu'elle était allée prier la Vierge de bénir cette union.

Le lendemain, elle ne parlait plus de mariage, mais se mettait continuellement en prière, disant : « il faut vaincre les passions dominantes, je ne le ferai plus. » C'est en ce moment que s'installèrent les idées délirantes religieuses, pour ne plus disparaître ensuite. Elle disait qu'elle ne pouvait plus vivre, qu'elle était pauvre ; il fallait mourir pour aller au ciel. Elle voulait se confesser ; elle s'accusait d'avoir damné trois prêtres, le cardinal, le saint Père, la directrice de la maison..., elle s'était damnée elle-même.

Ces idées s'accompagnèrent très vite d'hallucinations continuelles. « Ecoutez, disait-elle, entendez les voix, on nous appelle, il faut courir. » Elle regardait le ciel, disait voir des oiseaux, des personnages dont la voix l'appelait au ciel ; alors elle a même voulu passer par la fenêtre pour les rejoindre.

Elle disait aussi entendre des voix intérieures. Elle courait dans la maison en proie à un état d'agitation anxieuse, criant qu'elle était damnée, qu'elle avait causé la damnation universelle.

Au bout de quinze jours, on se décida à la placer à l'hôpital. En rentrant à l'hôpital, elle parut tout étonnée, et demanda : « Est-ce que ces gens-là vont aller au ciel avec nous? »

En octobre 1863, la malade est très notablement améliorée. Elle raconte parfaitement avec toutes sortes de détails, les symptômes notés précédemment, et même elle les juge à leur valeur ; elle avait alors l'esprit troublé, dit-elle. Cependant, elle a encore la peur de la damnation, des scrupules de conscience dont elle ne peut se débarrasser, mais beaucoup moins qu'au

paravant ; « d'ailleurs, ajoute-t-elle, j'ai toujours eu la conscience de travers, et je n'ai jamais pu prendre le dessus ». Mais elle est plutôt satisfaite, et regarde cela comme une qualité. Elle a également des interprétations délirantes de persécution ; on devine sa pensée, car on fait allusion à des faits qu'elle n'a dit à personne. Elle a encore des hallucinations auditives assez fréquentes et très nettes : elle entend les cris des damnés, des bruits de l'enfer, des choses désagréables qu'on lui dit exprès pour l'agacer ; des illusions de l'ouïe, car souvent les bruits simples se transforment en mots. C'est, dit-elle, du téléphone. Les paroles qu'elle entend ne sont pas toujours désagréables et peuvent être aussi agréables.

Elle se plaint aussi de ne pouvoir parler, suivre sa pensée, *parce qu'elle a trop de choses en tête*. Elle est calme, dort, mange, travaille.

Aujourd'hui (février 1894), les derniers vestiges de l'accès délirant ont considérablement diminué ; la malade se trouve revenue à peu près à son état antérieur, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit normale au point de vue intellectuel.

Elle est toujours extrêmement orgueilleuse et très scrupuleuse ; à ce dernier point de vue, elle se présente à nous comme les malades obsédés. Elle a des habitudes singulières auxquelles elle attache une importance excessive.

C'est ainsi qu'avant de franchir une porte, elle tourne trois fois sur elle-même. Pour s'habiller, elle ôte et remet sa robe plusieurs fois, parce que ce vêtement peut être maudit, et ces habitudes peuvent conjurer l'influence d'ennemis, du diable, etc... Si elle n'ôte pas sa robe, « cela la pénètre jusqu'au sang », elle est mécontente d'elle, troublée ; elle la défait pour être tranquille, puis une fois qu'elle l'a remise, cela

recommence, et elle est aussi mal à son aise que la première fois. Lorsqu'elle cause elle est obligée de s'interrompre quand on parle ; lorsqu'elle marche, de s'arrêter ou de revenir sur ses pas, de peur de « malédifier les personnes ». Il lui semble aussi qu'on va mettre le feu chez elle ; elle trouve qu'on fait des allusions sur son compte ; elle a peur d'avoir des ennemis parmi les francs-maçons. Elle croit entendre des mots dans les sifflets de chemins de fer, les cris des oiseaux. « Je pense bien, dit-elle, *que tout cela n'est pas vrai*, mais je ne puis prendre le dessus. On a beau se dire que cela n'est pas, cela vous domine tout de même. Autrefois, je n'étais pas scrupuleuse, j'avais peur de mentir, de ne pas faire le bien. C'était certainement, moins bête que mes manies actuelles. »

Et elle ajoute, comme avec une certaine satisfaction, que les gens qui n'ont pas de conscience ne peuvent comprendre cela.

Cette observation est autrement curieuse. Voici une malade qui au milieu de sa maladie psychasthénique fait un délire systématisé aigu (paranoïa aigu), c'est-à-dire qu'avant d'être délirante, elle était obsédée et après son délire, elle devient de nouveau une obsédée.

Cette persécutée présente en plus des idées d'autoaccusation de formule mélancolique apparaissant d'une façon primitive et qui n'a du délire mélancolique que la formule.

## OBSERVATIONS XVIII, XIX et XX

(F.-L. Arnaud. — Congrès de Genève. Lausanne, 1907.)

Obs. XVIII. — L'une de ces malades, que M. Janet avait vue plusieurs fois, pour son état psychasthénique, est prise, à vingt-trois ans, et assez brusquement, d'un accès de manie aiguë, avec violente agitation, loquacité incessante et sentiment d'euphorie très marquée. Au bout de quatre mois, l'agitation se calme rapidement et la malade sort, guérie de son accès maniaque, après un séjour de cinq mois. La guérison se maintient encore depuis quatre ans. Mais, détail intéressant, au fur et à mesure que diminuait l'agitation, l'état psychasthénique se reconstituait, l'euphorie disparaissait et la malade, consciente de ces modifications, ne pouvait s'empêcher de regretter les sentiments de force et d'allégresse, la joie de vivre qu'elle avait éprouvée durant sa crise. « Jamais, disait-elle, je n'ai été aussi heureuse que lorsque vous me trouviez malade. Et maintenant je redeviens comme autrefois, sans joie et sans courage ! »

Obs. XIX. — La seconde malade, âgée de trente ans, éprouve, pendant la convalescence d'une grippe avec conjestion pulmonaire, une émotion pénible. En quelques jours, elle tombe dans un état de dépression profonde, accompagnée d'idées hypocondriaques angoissantes, d'idées d'indignité et de persécution, d'hallucinations terrifiantes et de tendances très accentuées au suicide. Elle refuse les aliments avec obstination, elle a de nombreuses crises d'agitation anxieuse, elle multiplie avec une

sorte de rage les tentatives de suicide. La situation se prolonge pendant trois mois et demi, avec quelques accalmies, mais avec persistance des idées délirantes. Puis, l'état général s'améliore, l'alimentation devient régulière, les crises d'anxiété s'espacent et s'atténuent graduellement, et la malade sort enfin, quatre mois et demi après son entrée, conservant encore des idées de persécution et des préoccupations hypocondriaques. La guérison de l'accès s'est complétée dans la famille et elle se maintient depuis un an. Comme chez la première malade, l'aboulie le doute, l'indécision, les obsessions et les *manies*, le fond mental psychasthénique, en un mot, s'étaient manifestés nettement à nouveau pendant la convalescence de la crise de délire dépressif.

Obs. XX. — La troisième des malades de cette catégorie est âgée de vingt-quatre ans quand elle entre à la Maison de Santé. Scrupuleuse, obsédée, phobique, hypocondriaque depuis son enfance, son état s'était aggravé depuis quelques mois, pour aboutir à un accès de délire hallucinatoire, avec idées mystiques et de persécution ; la loquacité continuelle, l'incohérence des idées, l'incohérence et la violence des actes rappelaient tous les traits de l'état d'agitation maniaque violente. Cet état se prolongea pendant six mois. Puis, après quelques alternatives d'excitation et de dépression, s'établit un état dépressif inverse, avec exagération des idées hypocondriaques et mystiques antérieures et apparition d'idees de culpabilité qui déterminèrent une tentative de suicide. Cette nouvelle phase mélancolique et délirante dura six mois aussi, comme la phase d'agitation. Une amélioration survint ensuite, lente et progressive, pendant laquelle reparurent, comme chez les deux malades précédentes,

tous les symptômes de l'état psychasthénique antérieur. Après dix-huit mois de traitement, la malade put rentrer chez elle, sinon complètement guérie, du moins en état de reprendre sa vie normale. La guérison de la crise délirante, qui a présenté les allures d'un accès à double forme, dure depuis dix-huit mois, la malade restant psychasthénique, mais a un degré un peu plus accentué qu'avant cet épisode délirant.

Chez ces trois psychasthéniques avérés, le délire apparaît comme un épisode, sans présenter avec les obsessions une relation logique appréciable. Le délire se développe comme chez un délirant quelconque. de même, la crise délirante n'a pas d'influence sur la marche ultérieure de la psychasthénie. Le plus souvent l'accès délirant dissimule les symptômes de l'état psychasthénique antérieur. En un mot, « c'est une crise plus ou moins profonde, dit M. Armand, mais transitoire, accidentelle, traversant l'existence du psychasthénique à la manière d'un orage et ne laissant après elle aucun désordre grave ».

### OBSERVATIONS XXI XXII XXIII

(F. L. Arnaud. — Congrès de Genève. Lausanne, 1907.)

Obs. XXI. — Un jeune homme de vingt-deux ans est placé à la maison de santé de Vanves, à la suite d'un refus prolongé des aliments, ayant amené un amaigrissement extrême, et de tentatives de suicide. Scrupuleux depuis son enfance, il a été obsédé vers l'âge de seize ans par des préoccupations génitales ; il se sentait entraîné à faire « des saletés » avec

des femmes, même avec ses sœurs, à s'accoupler avec des animaux Il est dans un état perpétuel d'incertitude et de doute ; il a de nombreuses phobies et toutes sortes de petites *manies* qu'il juge absurdes, mais dont il ne peut se défaire. Il a aussi des préoccupations hypocondriaques très développées. Ses mouvements sont saccadés et fractionnés, c'est-à-dire qu'il est obligé de s'y reprendre à plusieurs fois pour exécuter l'acte le plus simple ; il est très maladroit en tout. Assis ou debout, il prend les attitudes les plus bizarres, les plus incommodes. Il dit lui-même : « Je ne suis jamais dans mon assiette, je ne puis faire le geste le plus simple avec aisance, avec satisfaction ».

C'est vers dix-huit ans que ses idées sont devenues décidément délirantes. Il déclare qu'à chaque instant il fait ce qu'il appelle ses « sottises ». Il souille les femmes, dans la rue et à distance ; il souille aussi les chiennes ; il commet « des saletés » avec les hommes, il projette son sperme à travers son pantalon, et, plusieurs fois, il a « vu » assure-t-il, les taches du sperme qu'il venait de répandre ainsi sur certaines personnes, etc. Il commet d'autres méfaits encore. Par exemple, quand il marche le long des voies de tramways ou de chemins de fer, il lance avec ses pieds des cailloux qui font dérailler les trains, etc. Il ne tarit pas de réflexions et de commentaires sur son cas : « Je ne guérirai jamais, dit-il, quoi que vous fassiez. Mon cas est une exception unique. Ce n'est pas une maladie, c'est un empoisonnement, venu je ne sais d'où... Je vis dans la magie, ma maladie n'est pas naturelle,.. Tout ce qui m'arrive me fait croire à une intervention, à une puissance surnaturelles, et mon état ne peut s'expliquer par des causes naturelles. Je suis sous l'influence d'un diable ou

d'un magicien, et je suis un être malfaisant plutôt qu'un malade. »

Il se considère comme « un être abject, comme une affreuse canaille, qu'on devrait tuer ».

Mais, à ces idées de nature mélancolique se mêlent des idées de persécution très nettes. Il soutient qu'on le drogue ; on met dans ses aliments et dans sa boisson du « poil à gratter », de la « poudre de perlimpinpin » pour l'exciter à faire des choses malpropres.

Pendant quelques temps, il s'est nourri d'oranges, exclusivement pour échapper à toutes ces drogues. « Mais, dit-il, je ne faisais pas beaucoup moins de sottises ! » On l'espionne, on le file, et assez souvent quand on le questionne, il répond, à la manière d'un véritable persécuté : « Vous savez tout cela mieux que moi ; on connaît toutes mes pensées, c'est ce qui est fatiguant ! » Nous savons que, sous l'influence de ses idées mélancoliques et de persécution, il avait fait une tentative de suicide. D'après les renseignements, il aurait eu des hallucinations de l'ouïe, mais je ne les ai pas constatées.

Ce malade présentait enfin des troubles très intéressants de sa perception personnelle, sous la forme d'*éclipses mentales*, de suspension brusque de la conscience, se produisant surtout au moment où il se sentait poussé à commettre une de ses sottises « C'est quelque chose, disait-il, qui me tire par « la tête », par le front. Je m'avance régulièrement comme un petit chemin de fer que l'on pousse.

« Quelquefois, je puis m'arrêter à 2 mètres, à 1 mètre. et me ressaisir. Mais, d'autres fois, je continue, et, brusquement, je perds la tête, je ne sais plus où je suis, ni si j'existe. »

P... est d'ailleurs fort intelligent, très instruit, et, dans ses moments de calme, il paraît à peu près normal.

Obs. XXII. — Une autre observation a pour sujet une jeune fille de vingt-trois ans, scrupuleuse depuis son enfance, obsédée de bonne heure par la crainte du sacrilège et du vol par l'idée qu'elle est dangereuse pour les siens. Elle a, en même temps, des phobies multiples, des troubles du mouvement, des impulsions et des agitations anxieuses. Vers la vingtième année, elle perd son père et en éprouve un très vif chagrin. Profondément troublée par cette émotion, elle ne tarde pas à s'accuser d'avoir empoisonné son père et de l'avoir ensuite « coupé en morceaux ». On lui démontre qu'elle n'a pu, matériellement commettre ce prétendu crime ; elle dit alors qu'elle a soudoyé « un apache » pour découper le cadavre. Elle s'accuse, en outre, d'avoir fait mourir plusieurs autres personnes. Elle affirme qu'elle s'échappe la nuit pour aller au cimetière voisin déterrer et profaner des cadavres, etc. Elle est un monstre abominable, il faut qu'elle meure, et elle écrit au Parquet pour se dénoncer. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide très graves ; elle a avalé des épingles, une broche, des fragments de verre qu'on a retrouvés dans les selles. Plus nettement encore que le malade précédent, cette jeune fille présente des troubles de la conscience personnelle des *éclipses mentales*. Quelquefois par exemple, elle demande a son infirmière : « suis-je bien là, dans la chambre ? Ne suis-je pas sortie ? » Ou encore : « Etes-vous réellement là, devant moi ? » intelligente, cultivée, de conversation agréable, elle a des moments de calme pendant lesquels son esprit ne semble pas réellement troublé.

Obs. XXIII. — Enfin, je citerai un troisième fait, celui

d'un homme de trente deux ans, dont l'état obsédant remonte à l'âge de douze ou treize ans et paraît avoir débuté par des scrupules relatifs à sa première communion. De caractère timide et hésitant, il a des *manies* et des phobies variées. A table, il essuie infiniment son couteau ou sa cuillère, les range toujours de la même façon, doit les toucher à chaque instant ; il ne peut voir une miette de pain sur la table sans éprouver le besoin de la balayer. « C'était toute une affaire de le décider à changer son linge et ses vêtements usés ». Il a encore la manie de la répétition, des pactes, des formules de conjuration. Ses scrupules, de plus en plus développés, ont entraîné souvent des difficultés pratiques pour lui et pour les siens, et son irrésolution lui a attiré des ennuis très graves. Il était depuis longtemps obsédé par l'idée de la vocation religieuse et la préoccupation de son salut, quand ses parents lui proposèrent un mariage qui le tenta. Les premières démarches faites, il recule effrayé à la pensée qu'il va commettre un véritable sacrilège en se dérobant à la vie religieuse. Mais, s'il se retire, il va compromettre la jeune fille ! Tiraillé en sens inverse, il ne peut se résoudre à rien ; il finit par tomber dans une crise anxieuse grave et prolongée qui dénoue la situation.

Le même conflit se reproduit quelques années plus tard ; il aboutit également à une crise d'angoisse encore plus violente, avec exacerbation de toutes les obsessions, de toutes les *manies* antérieures. Cette dernière crise s'accompagne de la crainte de la mort prochaine d'une vive agitation et d'idées de suicide. Il entre à Vanves dans cet état. En même temps que les symptômes déjà indiqués, nous relevons des idées délirantes, sur lesquelles le malade revient à chaque

instant. C'est l'orgueil qui l'a perdu, dit-il ; au lieu de s'en rapporter à autrui, il n'a jamais obéi qu'à son sens propre, il est « le démon de l'orgueil », c'est pourquoi Dieu l'a puni. Il est possédé du Diable et il faudrait l'exorciser ; mais l'exorcisme ne réussirait pas, car il est possédé non dans son corps mais dans son esprit et il est devenu Satan lui-même. Il le sent bien, puisqu'il ne peut plus prier, puisqu'il éprouve, au contraire, l'abominable besoin de blasphémer sans cesse. Il faudrait un véritable miracle pour lui rendre la paix de la conscience. Malheureusement, ce miracle est impossible, même à Dieu, car Dieu ne peut pas se déjuger et tirer le Diable de l'enfer où il l'a précipité pour son orgueil. D'ailleurs, il voit bien maintenant, à la réflexion, que sa triste situation remonte loin, qu'il est maudit depuis longtemps ; il a perdu l'âme et l'esprit de nombreuses personnes avec qui il a été en relations, de plusieurs prêtres, notamment, qui se sont occupés de lui ; il a rendu malades plusieurs personnes de sa famille, il est cause de la mort d'une de ses nièces. Et on a bien raison de le séparer de sa famille ! Cela ne suffit pas, il faut encore débarrasser le monde de sa personne, ce sera une bonne œuvre et c'est pour cela qu'on l'a envoyé ici, afin d'épargner à son père la vue de son horrible mort, etc. Il se lamente ainsi, pleure et gémit pendant de longues heures, coupées de moments de calme, pendant lesquels il paraît normal. Il refuse les médicaments, surtout les hypnotiques et il lutte contre le sommeil, dans la crainte de ne plus se réveiller s'il venait à s'endormir. Il refuserait également de manger s'il n'avait peur de la sonde.

Dans ces observations, les malades sont des psy-

chasthéniques avérés. Ce sont des scrupuleux. Les idées obsédantes sont d'ordre moral : des obsessions du sacrilège et du crime. Les idées gardent leurs caractères généraux des obsessions psychasthéniques, mais l'expression des obsessions est portée à un degré d'énorme exagération. Le doute sur les idées a presque cessé, la certitude, la croyance en elle s'est établie dans les esprits des malades.

Une idée, sur laquelle *on doute*, finit par devenir une croyance dans les cas suivants : lorsque l'intelligence n'est pas assez développée pour l'écarter pour son absurdité ; ou lorsque cette idée s'associe avec d'autres idées et forme une synthèse complexe et s'impose à la conscience comme vraie ; ou encore si une idée persiste pendant des années, à la longue le sujet l'accepte, c'est un droit de cité, conquis dans le champ de la conscience, grâce à la vigueur de l'idée.

Nos malades sont obsédés depuis des années, sont incessamment tourmentés dans le même cercle vicieux de doute et de préoccupation morale ; leurs esprits sont plongés toujours dans les mêmes problèmes impossibles à résoudre ; leur attention, leur intelligence, leur volonté et leur conscience déjà troublées dans leurs fonctions ne s'exercent que sur leurs préoccupations maladives. Naturellement, dans de pareils cas, les troubles psychologiques augmentent proportionnellement chez ces malades. « Le vague de la pensée est si grand qu'à certains moments se produisent des suspensions de la cons-

cience, avec disparition de la perception personnelle. C'est une courte absence, pendant laquelle les sujets sont visiblement sans rapport aucun avec la réalité. » (1) Ce symptôme, c'est « l'éclipse mentale », de M. Janet, que nous constatons chez les malades.

Dans ce cas, les malades livrés à leurs idées obsédantes sont en plein délire : les idées deviennent, comme chez les vésaniques, la vérité indiscutable, la croyance est absolue. Ces éclipses mentales ne durent pas longtemps, mais elles jouent néanmoins « un rôle considérable dans la psychologie des psychasthéniques, en particulier dans la constitution de leurs délires » (2). En effet, rien que leur apparition chez les malades est une signification des troubles psychologiques plus profonds. C'est pendant ces éclipses mentales « que les malades se sentent poussés à commettre une de leurs sottises ».

Les idées délirantes des malades présentent plusieurs caractères communs aux obsessions, à savoir :

Ce sont d'abord des idées relatives à leur volonté et à leur personne, les actions mauvaises et des actes extrêmes et enfin ces idées sont des idées fixes endogènes, car elles sont l'expression d'un trouble profond dans le fonctionnement cérébral.

1. C'est ainsi que leurs délires prennent la forme de délire d'énormité, d'absurdité. Cela rappelle, suivant la remarque de M. Janet que les malades s'exer-

---

1. *Névroses et Psycho-névroses*, Raymond.
2. F. Raymond. *Loc. cit.*, p. 79.

cent *au jeu des combles.* « On n'observe rien d'aussi choquant dans les grands délires vésaniques », dit M. Raymond.

2° Le psychasthénique simple critique son obsession, mais « les psychasthéniques délirants, dit M. Arnaud, se complaisent à faire sortir de leur malheureuse situation toutes les conséquences non pas possibles, mais *imaginables...*, *ils raisonnent* leur délire plus qu'ils ne le subissent, et ceci encore distingue ces malades des délirants ordinaires, qui subissent leur délire plus qu'ils ne le raisonnent » ;

3° Un autre caractère distinctif est le suivant : la conviction délirante faiblit chez nos malades pendant la période de la détente. Ce trait ne se retrouve guère chez les délirants vésaniques ;

4° Il y a conservation presque complète de la conscience, avec l'intégrité du raisonnement sur tous les autres sujets, comme chez le psychasthénique simple.

5° « De plus, disent MM. Arnaud et Raymond, il est curieux de rencontrer des affirmations aussi énergiques, à propos du délire, chez des malades qui, sur tout le reste, hésitent, doutent, ne peuvent jamais arriver à une conviction.

Ces malades sont-ils sincères ?

Leur conduite est conforme à leurs idées et on peut croire que leur conviction est entière.

« Cependant, remarquent justement MM. Raymond et Arnaud, il y a beaucoup de raisonnement dans ces délires psychasthéniques !... On y démêle une

sorte d'entraînement consenti, on y retrouve cette débauche de raisonnement, si analogue à la *rumination mentale* des obsédés simples, ce besoin de pousser toujours plus loin une idée ou une crainte qui se présente à l'esprit, cette *manie de logique*, commune à tous les psychasthéniques, aggravée ici d'une *manie d'accusation*, qui est fréquente aussi chez eux ».

En un mot, les malades gardent le caractère psychasthénique de leur état maladif, et ce qui est changé en eux c'est le degré de conviction des idées obsédantes, sans toutefois que cette conviction soit absolue : l'idée psychasthénique, même délirante, ne semble pas être complétement acceptée par le Moi.

## OBSERVATION XXIV

(Séglas. — *Archives de Neurologie*, 1903, n° 85.)

Mme R..., trente-deux ans, avait déjà, étant jeune fille, la crainte d'une grossesse si elle se mariait, à cause des douleurs de l'accouchement. Après son mariage, contracté à l'âge de vingt ans, cela devint une véritable phobie. Malgré la cessation de tous rapports sexuels, les obsessions persistèrent, revêtant la forme d'une sorte de maladie du doute avec délire du toucher : crainte de toucher la literie, le linge de son mari de peur d'y rencontrer des taches de sperme et des poussières qui, en se détachant auraient pu se déposer sur elle et pénétrer dans la matrice. Doutes incessants, interrogations réitérées à ce sujet,

sans arriver à calmer l'angoisse. Lavages répétés des mains, des organes génitaux ; port d'une sorte de ceinture de chasteté recouverte de deux pantalons étroitement fermés et serrés aux genoux, pour calmer les crises angoissantes, dont la volonté et le raisonnement sont impuissants à la débarrasser, bien qu'en dehors des paroxysmes elle les juge dénués de fondement.

Plus tard, crainte du contact de tout individu du sexe masculin, dans la rue, en omnibus. Elle ne peut sortir qu'accompagnée d'une femme de chambre, et cette précaution n'évite pas les interrogations consécutives, les doutes angoissants. Elle en arrive même à la peur de rencontrer des chiens, qui pourraient éjaculer sur ses vêtements.

Les choses étaient restées dans cet état, lorsqu'il y a deux ans, à la suite d'une période pendant laquelle les obsessions avaient été plus intenses, plus répétées, l'anxiété presque continuelle, Mme R..., à l'occasion de ses règles, très normales cependant, manifeste l'idée qu'elle fait une fausse couche, suivie rapidement d'une série d'idées, de teinte mélancolique, franchement délirantes. Elle est enceinte sans savoir de qui ni comment. Elle est une prostituée ; elle s'est fait avorter ; craintes de poursuites, du déshonneur, de la ruine pour sa famille, de la damnation. Elle est un monstre, elle fait horreur à tout le monde, etc.

Tentative de suicide.

Aucun changement pendant dix mois.

A cette époque, nouvelles idées délirantes, hypochondriaques. Elle a la matrice désorganisée, le ventre gangrené. C'est la conséquence de son avortement, la punition de sa faute...

Peu à peu l'anxiété se calme, les idées délirantes persistent, mais gravitent dans un cercle de plus en plus restreint ; rabâ-

chage monotone ; l'état de la malade rappelle celui des gémisseurs de Morel.

Cette malade ressemble aux malades précédents, surtout à la jeune fille ; mais elle diffère en ceci qu'elle ne se croit pas persécutée et que le développement de sa maladie ne reste pas stationnaire, mais a évolué jusqu'à ce que la malade verse dans la mélancolie anxieuse.

A ce propos, on peut faire cette objection, qu'il s'agit chez ces malades d'une association, d'un état de mélancolie anxieuse à un état obsédant antérieur, comme nous l'avons vu dans une des observations citées.

En effet, ces malades présentent les idées d'auto-accusations et de suicide des mélancoliques. Mais, pour juger d'une maladie, il faut examiner l'ensemble des symptômes, leur succession, la marche de la maladie, son apparition et sa fin, en un mot connaître son évolution. Le diagnostic ne doit pas reposer seulement sur l'existence de tel ou tel délire, mais sur l'ensemble total des symptômes.

Ce n'est pas la teneur des idées, mais leur genèse, dit Séglas, qui permet de rapporter un délire à la mélancolie ou la folie systématique.

La mélancolie délirante se présente tout d'abord sous l'aspect de la mélancolie simple : douleur morale, inquiétude, abattement et inertie volontaire, dépression physique et intellectuelle avec conservation de la conscience. En un mot, ce sont les sphères

affective et volontaire qui sont les premières intéressées, ensuite les facultés intellectuelles. Le délire est *secondaire*. Ce n'est qu'une tentative d'explication de l'état profond de douleur morale qui domine le malade ; la loi de causalité exige que cette douleur, cette tristesse aient un motif, une cause, et le malade en s'interrogeant crée son délire.

Le délire du mélancolique a les caractères généraux suivants : il est pénible, monotone, plein d'humilité, de résignation, centrifuge, d'attente et rétrospectif.

D'autre part, l'attention, la perception, la mémoire, l'association des idées sont troublées et témoignent de cet « arrêt psychique », habituel à la mélancolie.

Au point de vue physique, l'état général est mauvais : circulation, digestion, respiration, etc., sont atteintes.

La physionomie, l'attitude du malade sont caractéristiques.

Bref la douleur morale, l'arrêt psychique, les troubles cénesthésiques, le caractère marqué d'humilité, le délire d'une fixité et d'une monotonie habituelle, ajoutent, à la physionomie caractéristique du mélancolique, autant de symptômes qui différencient fort bien nos malades. Les symptômes communs qui les relient à la mélancolie, ne sont que les idées délirantes d'auto-accusations à teinte mélancolique ; mais le délire de ces malades offre les traits essentiels des idées obsédantes ordinaires, celles dont les malades reconnaissent la nature pathologique à des degrés différents.

Mais ne s'agit-il pas dans ces cas du délire systématique primitif d'auto-accusation ? Parce que s'il fut un temps, lorsque le délire d'auto-accusation, pour peu que ce délire s'accompagnât de dépression ou d'anxiété plus ou moins accentuée, était synonyme de délire mélancolique, aujourd'hui il n'en est plus de même.

« Puis, le délire d'auto-accusation n'est nullement caractéristique d'une forme mentale déterminée, remarque M. Séglas, et peut se rencontrer dans bien des circonstances différentes, au même titre que tout autre délire. »

D'une part, la forme systématique de ce délire d'auto-accusation à titre secondaire se présente dans la mélancolie ; d'autre part, certains auto-accusateurs plus ou moins déprimés sont classés parmi les délirants systématiques primitifs, aigus ou chroniques. Et, dans les cas de ce genre, le *polymorphisme du délire* est un élément de distinction. Or, il est d'autres cas, où cet élément important de diagnostic fait défaut, les idées d'auto-accusation constituent à elles seules le délire. C'est le *type pur* du délire systématisé primitif d'auto-accusation chronique ou aiguë. Mais dans ce cas les malades sont des héréditaires plus ou moins tarés, dont le caractère empreint de susceptibilité, d'orgueil, d'égoïsme, de méfiance, rappelle le caractère des délirants systématiques ordinaires.

Nos malades ne sont pas des déséquilibrés, mais des insuffisants. Le délire d'auto-accusation chez

les premiers est toujours subit, primitif, prédominant, et il est l'expression de l'exagération dans le même sens de certains traits d'une personnalité déjà anormale ; mais chez les psychasthéniques ce délire est secondaire et l'expression d'un changement dans leurs personnalités, d'une aggravation d'un état maladif préexistant.

Par le mode de début brusque, le caractère primitif du délire, les stigmates intellectuels du malade, un tel délire d'auto-accusation appartient aux paranoïaques.

S'il y a délire duquel le délire psychasthénique se rapproche le plus, c'est le délire des persécutés auto-accusateurs. Ces malades-ci forment un groupe constituant en quelque sorte comme une transition entre les persécutés vrais et les mélancoliques.

Par l'ensemble symptomatique, « par l'évolution de leur affection, ces malades sont bien nettement atteints de délire de persécution ; mais leurs idées de persécution présentent ce fait particulier de ressembler à celles du mélancolique. Ils rapportent les persécutions qu'ils subissent à leur propre indignité, sont victimes aussi, mais coupables en même temps » (1).

En effet, les observations de ce groupe de malades rapportées au Congrès de Blois par M. Ballet et celle-ci de M. Séglas publiée dans les *Archives de Neurologie*, nº 82, nous semble se rapprocher beau-

1. Séglas. Session de la Rochelle, 1893.

coup de celles des obsédés. La malade de M. Séglas est une scrupuleuse, elle a l'obsession de la honte et des remords. Ces obsessions deviennent des idées délirantes. Elle se croit persécutée et elle se dit coupable. Elle s'accuse ; si elle est persécutée, c'est parce qu'elle est coupable. « Tout ça, c'est à cause de bêtises que j'ai faites, à cause de mon amant », dit-elle. La malade n'est point agressive, réclamante comme les persécutés ordinaires ; au contraire, elle manifeste des idées de suicide. En un mot, cette malade est atteinte du délire de persécutions, mais les idées revêtent l'aspect qu'elles ont chez les mélancoliques. « Il semble, dit M. Séglas, que ces malades constituent en quelque sorte un groupe mixte, tenant du délire des persécutions par le fond, de la mélancolie par les idées délirantes, et servant de transition à ces deux modalités entre lesquelles ils sont comme un trait d'union. »

## OBSERVATIONS XXV, XXVI, XXVII

(Séglas. — *In* Congrès des aliénistes de Grenoble, 1902.)

Obs. XXV. — Un jeune homme est atteint, depuis l'âge de dix-sept ans, d'obsessions anxieuses diverses, surtout sous la forme de maladie du doute avec préoccupations d'ordre général : crainte d'avoir commis des actes inconvenants en public, d'avoir souillé telle ou telle personne, d'avoir eu inconsciemment des rapprochements sexuels anormaux ; attraction mêlée de crainte du contact de choses répugnantes.

Intermittentes d'abord, les crises obsédantes se sont de plus en plus rapprochées, presque incessantes. En même temps, l'angoisse concomitante devient moins intense ; le malade lutte moins, est plus passif, plus « indifférent », sa critique faiblit parallèlement et, dans certaines occasions, le doute fait place à la certitude. L'exécution de l'acte inconvenant ou immoral, tout en restant un sujet de scrupules, n'est plus alors une crainte, c'est un fait certain et affirmé péremptoirement. Ce n'est plus un simple doute, mais une idée d'auto-accusation formelle, nettement délirante.

Plus récemment, se sont manifestés d'autres symptômes : idées de persécution s'accompagnant d'interprétations délirantes et même d'hallucinations. Elles se relient aux idées d'auto-accusation, et trouvent leur explication dans les inconvenances que le malade a commises ou pu commettre.

Idées d'un complot formé contre lui par des personnes désignées, voix injurieuses, idées d'empoisonnement, injection de virus pendant le sommeil, etc.

Une dame que je connais depuis plus de quinze ans a présenté dès sa jeunesse des obsessions rapophobiques : angoisses déterminées par la vue des objets sales et répugnants, ou même par l'audition de mots éveillant l'idée de malpropreté : crainte des souillures de l'âme, du péché, scrupules. Ce sont ces dernières obsessions qui, plus tard, se sont placées au premier plan. Elles ont fini par amener la malade à se considérer comme un être privilégié éprouvé par le martyre et réalisant l'idéal de la pureté. Elle a souffert la passion, dit-elle en parlant de ses obsessions premières ; elle fut *dolorosa*, mais elle a été sacrée par « Dieu... », etc.

Obs. XXVI. — Mlle J..., présente, depuis l'âge de dix-huit ans, des obsessions de doute sous forme d'interrogations ; recherches métaphysiques.

Plus tard, idées obsédantes à forme de contraste ; manie blasphématrice, impulsions à blasphémer en priant à l'église, à frapper les personnes qu'elle aime le mieux ; doutes sur l'exécution de ses diverses impulsions. A l'âge de vingt-quatre ans, Mlle J..., qui, jusque-là, avait eu pleine conscience de ses obsessions, arrive à les considérer comme le fait d'un mauvais esprit. Elle qui disait auparavant, en s'analysant très justement : « c'est comme s'il y avait en moi une seconde pensée qui me contredit toujours et me pousse au mal quand j'ai l'idée du bien », finit par se croire réellement le jouet d'un être malfaisant, d'un démon qui la possède, s'oppose à tous ses actes, l'inspire et la dirige à songré, et sa conviction est telle qu'elle ne voit plus de secours que dans l'exorcisme.

Obs. XXVII. — Mlle F... avait commencé par avoir des obsessions d'onomatomanie et d'arithmomanie (recherche angoissante du mot, obsession du chiffre 3 intervenant dans tous ses actes : lettres à vérifier trois fois, portes à fermer trois fois, etc).

Ne pouvant, malgré ses efforts, se débarrasser de ces « manies » qu'elle trouvait absurdes et qui l'entraînaient à des actes de plus en plus extravagants, elle en vint à soupçonner qu'elles lui étaient imposées par certaines personnes voulant lui jouer de mauvaises farces et douées d'un pouvoir surnaturel. Une fois sur cette voie, les interprétations ne se font pas attendre, puis les idées de persécution caractérisées,

de plus en plus systématisées, avec hallucinations d'abord sensorielles, puis surtout psycho-motrices.

Il y a deux points particuliers à noter dans ce délire de persécution. C'est d'abord qu'il a son aliment principal dans les obsessions onomatomaniaques qui n'ont cessé de persister. Les persécutions, en effet, consistent surtout dans la recherche de mots ou de séries de lettres qui sont imposés à la patiente comme un problème à résoudre et dont elle est forcée de trouver la solution sous peine de souffrance et d'agitation.

En second lieu, c'est la présence d'idées de défense correspondant à la solution de ces problèmes onomatomaniaques et qui, par leur organisation en système, leur opposition constante avec les idées de persécution, la présence de phénomènes psychomoteurs divers correspondant à ces deux ordres d'idées, constituent un véritable dédoublement de la personnalité.

Le délire psychasthénique se distingue des délires vésaniques, comme nous l'avons vu, par des caractères importants et notamment par la persistance de l'état de conscience ; mais à la longue celle-ci faiblie, le malade perd vis-à-vis de son obsession tout pouvoir de critique, de contrôle ; il ne la sépare plus de ses autres idées ; il l'accepte, il ne discute plus, au contraire il cherche à l'interpréter comme un fait acquis accepté comme réel. Ainsi les obsessions deviennent des idées délivrantes véritables, et elles constituent une forme *de délire systématisé secondaire*, comme le remarqua si justement M. Arnaud. L'observation publiée par M. Janet dans

le *Journal de Psychologie*, mars-avril, de cette année, en est un bel exemple. On trouve d'autres observations des malades dans l'ouvrage. *Les Obsessions et la Psychasthénie* que M. le professeur Raymond a présenté à son cours.

Dans la première observation de ces trois malades, le lecteur se rend compte de l'évolution de l'état obsédant au délire systématisé nettement caractérisé.

De même, on observe cette transition dans les deux autres observations ; mais les idées de persécution prennent ici la forme d'une contrainte subie et se résument dans un véritable dédoublement de la personnalité s'exprimant parfois par des idées de possession. Les délires revêtent la forme de M. Séglas a décrite sous le nom de variété psycho-motrice des délires de persécution.

## OBSERVATIONS XXVIII, XXIX et XXX

(Séglas. — Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Grenoble, 1902.)

Obs. XXVIII. — J'ai observé un jeune homme de dix-sept ans, atteint de maladie du doute (scrupules, interrogations, manie du pourquoi, recherche angoissante du mot) qui, du fait même de ses obsessions, de plus en plus absorbé par elles et indifférent aux choses extérieures, a fini par verser de l'état de distraction, presque habituel aux obsédés, dans un état de stupeur complète, avec troubles vaso-moteurs, refus d'aliments,

manie lectuaire, mutisme. Lorsqu'on le secouait fortement, il levait la tête, regardait autour de lui d'un air égaré, comme un dormeur qui s'éveille. « Quoi ? » disait-il seulement, puis il retombait immédiatement dans son immobilité silencieuse. Cet état dura plus de deux mois.

Obs. XXIX. — J'ai soigné pendant plusieurs années un homme de trente ans, atteint de maladie du doute avec scrupule de toute espèce, notamment doute d'avoir pu frapper ou blesser quelqu'un malgré lui. A deux reprises différentes, j'ai observé chez lui le fait suivant : Il avait lu dans un journal le récit d'un crime dont l'auteur restait inconnu. Cette lecture provoqua d'abord une crise de ses obsessions habituelles, puis quelques jours après, la crainte obsédante d'avoir pu commettre le crime dont il avait lu le récit. Après une courte période de doute conscient à ce sujet, il en arriva à se croire véritablement coupable et à raconter toutes les circonstances de son crime imaginaire, la façon dont il l'avait prémédité et commis, le mobile, comment il avait pu échapper à la justice, avec un luxe de détails qui n'existaient nullement dans son journal et une telle précision qu'il semblait évoquer et revivre des scènes qu'il aurait vécues.

Aucun argument ne pouvait le convaincre de son erreur. Ce délire particulier, à forme de rêve, dura presque un mois à chaque fois.

Obs. XXX. — M^me^ L..., cinquante et un ans, a eu, depuis l'âge de quatorze ans, des obsessions diverses qui, depuis, n'ont toujours fait que croître en intensité et en fréquence. C'était surtout des obsessions de doute multiples, parmi lesquelles figurait au premier plan, depuis son mariage la crainte de tromper ou d'avoir trompé son mari malgré elle.

Depuis une dizaine d'années, ces obsessions, qui se présen-

taient jusque-là sous la forme classique, se sont quelque peu modifiées. Souvent, les interrogations que se pose la malade font place à une certitude par une sorte de confusion entre le souvenir du fait réel qui reste incertain et les associations d'idées qu'il réveille actuellement. L'événement qu'elle redoute se précise ainsi petit à petit et devient si net dans son esprit qu'elle se le représente comme elle pourrait se représenter une chose qui serait réellement arrivée. Cela est tellement net qu'elle ne doute plus et finit par affirmer : « Je me souviens ! » Quelques jours après la crise, elle juge sainement les choses et se dit : « Suis-je bête (*sic*) d'avoir eu ces idées ». Ce qui ne l'empêche pas d'être reprise par d'autres toutes semblables.

Cela a encore duré ainsi un certain temps. Mais, depuis deux ans, les faux souvenirs, à force de se répéter, ont fini par acquérir la précision des souvenirs réels et par ne plus être appréciés, à aucun moment, à leur juste valeur. De plus, ils se soutiennent et s'enchaînent les uns aux autres, et se relient également à des rêves hypnagogiques, représentant à la malade tous les faits qu'elle redoute d'avoir accomplis. Elle rêve ainsi qu'elle se relève la nuit, sans prendre à peine le temps de se vêtir, pour descendre se livrer dans la rue au premier venu. Elle voit son complice, entend la voix des passants, ressent le froid de la nuit sur ses épaules, éprouve des sensations génitales suivies au réveil d'un sentiment de fatigue... Ces rêves, qui se renouvellent la nuit, persistent dans la veille. Mme L... en arrive ainsi à se créer rétrospectivement une existence tout imaginaire de véritable prostituée. Elle décrit toutes les scènes érotiques qu'elle aurait accomplies, les revoit dans son imagination, en retrace les principaux détails d'une façon aussi pré-

cise que si elles avaient réellement eu lieu. Aussi, son doute n'existe-il plus à proprement parler, « car, dit-elle, comment pourrais-je me représenter tout cela si je ne l'avais pas réellement fait. Je ne rêve pas, allez, je me souviens ».

Ces malades sont des douteurs. Et il est curieux de voir que l'évolution terminale de la maladie aboutit autrement.

En effet, il y a une question de principe sur ce genre de malades qui n'est pas encore résolue. Pour M. Janet le doute ne forme pas des obsessions à part, par exemple, les obsessions interrogatives, pour lui, ne sont que des sortes de manies ; mais MM. Raymond et Arnaud en font une classe à part.

Les compteurs (arishomanes, onomatomanes, etc.) feraient partie de cette variété.

Dans les obsessions des douteurs, il y a un élément qui manque, c'est la douleur morale, et, s'il est permis de parler ainsi, nous les appellerons des obsessions sans affectivité, ce qui ne veut pas dire que les émotions manquent.

Chez ces malades, l'anxiété, l'angoisse, l'émotivité existent, mais elles apparaissent comme une simple réaction physiologique produite par l'état obsédant.

Les scrupuleux sont les vrais psychasténiques, les types purs de la maladie, leurs obsessions, en plus de l'idée qu'elles expriment, contiennent un élément d'affectivité, leurs obsessions enveloppent toujours une préoccupation morale.

Les émotions peuvent les accompagner ou non,

comme chez les douteurs, mais chez les scrupuleux, à cause des sentiments, les émotions se produisent plus souvent.

« Je serais d'ailleurs assez disposé à croire, dit M. Séglas, que la maladie du doute mériterait déjà de constituer, dans le cadre des obsessions, une variété à part, intermédiaire entre les obsessions et les formes vésaniques caractérisées, les délires systématisés en particulier. Ce serait surtout celle-là à laquelle pourrait s'appliquer le terme de *paranoïa rudimentaire*.

En effet, si les douteurs se rapprochent par le genre de l'évolution de leurs obsessions des formes vésaniques caractérisées, les criminels (les malades obsédés par l'idée du vol, du meurtre, du suicide, etc.), les toxicomanes (dipsomanes, morphinomanes, éthéromanes, etc.), les pervertis génitaux, toutes ces variétés cliniques de psychasthénie se rapprochent par certains côtés, surtout lorsque l'impulsion est accomplie aux déséquilibrés ; parce que les troubles de la volonté chez tous ces malades ne consistent pas tant dans l'insuffisance comme elle est chez les vrais psychasthéniques, mais dans le manque de l'élément essentiel de la volonté, l'état de conscience. Chez les psychasthéniques purs, l'impulsion est insuffisante mais la conscience quoique insuffisante ne manque pas ; chez les autres, lorsqu'ils s'éloignent de la psychasthénie, l'impulsion est suffisante, mais la conscience manque dans l'acte.

Chez nos douteurs, ce qui domine avant tout dans

leur état maladif, c'est l'aboulie dans la sphère intellectuelle. Ils doutent, parce qu'ils ne peuvent pas arrêter leur pensée, par exemple, ils disent : « Ma tête travaille toujours et cependant je reste fixé sur une chose, sans aboutir à rien. »

Un malade de Schuele lui disait : « Je suis continuellement distrait ; malgré tous mes efforts, je regarde sans voir, j'écoute sans entendre et pendant ce temps mes idées me travaillent, partant de l'objet que j'ai dans la main pour arriver au Kamtchatka et cela n'a pas de raison de s'arrêter. »

A propos de mentisme si fréquent chez ces obsédés, M. Schuele explique ainsi l'état d'excitation intellectuelle automatique : « Poussé par une force irrésistible, dit-il, le malade est contraint de suivre cette marche pathologique des idées qui devient de plus en plus rapide, jusqu'à ce que, enfin, toutes ces pensées se perdent dans un chaos confus. Des nuages obscurcissent de plus en plus son intelligence où tout devient obscur et la pensée est absolument arrêtée. »

C'est la confusion mentale simple qui résulte de deux éléments : d'une part, torpeur, impuissance intellectuelle ; de l'autre, automatisme des idées aboutissant parfois à un véritable délire à forme de rêve. Suivant les cas, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre de ces deux éléments qui prédomine dans le tableau clinique.

L'état de torpeur intellectuelle peut être plus ou moins accentué, il peut aller même jusqu'à la stupeur,

qui peut durer quelques jours ou plusieurs semaines: tel est l'exemple fourni par la première de ces trois observations. La seconde nous présente un véritable délire à forme de rêve. Dans la troisième et dernière observation, il s'agit aussi d'un délire à forme de rêve, mais il est beaucoup plus prolongé encore, car ce délire s'alimente dans un rêve nocturne, rêve qui se prolonge pendant la veille et qui, se renouvelant ou se développant les nuits suivantes, donne au délire qui en résulte une sorte de stabilité.

« Par leur origine et leurs caractères intrinsèques, ces délires méritent bien, dit M. Séglas, le qualificatif d'oniriques. »

Quel est l'enseignement que nous pouvons tirer de l'examen que nous venons de faire de toutes ces observations?

De prime abord, il y a un fait qui se dégage et qui est incontestable, c'est que la psychasthénie aboutit au délire, mais de manières différentes.

Dans un premier groupe de faits, il s'agit d'un accès délirant qui survient chez un psychasthénique, dont le point de départ a été occasionné par la maladie de l'obsession, c'est une simple réaction individuelle. De même, il se peut aussi que l'obsession ne joue aucun rôle, il y a tout simplement une coïncidence d'un accident délirant, se produisant chez un psychasthénique, comme il se produirait chez tout autre prédisposé. Le plus souvent même, l'accès délirant refoule les symptômes psychasthéniques, le malade qui était un obsédé cesse de l'être pendant

un certain temps, la crise accidentelle de délire passée, le malade revient à son état psychasthénique antérieur.

Une seconde catégorie « comprend des cas où les deux ordres de symptômes coexistent bien nettement, comme le dit M. Arnaud, restent distincts les uns des autres, tout en affectant des rapports plus ou moins étroits, de telle sorte que les tableaux cliniques résultant de ces combinaisons sont généralement très complexes ». Mais nous nous séparons de l'opinion de M. Arnaud lorsqu'il voit dans cette catégorie de malades une simple combinaison. Pour nous, comme dans la première catégorie des malades il s'agit de deux sortes de malades : chez les uns, il y a combinaison ; le délire évolue côte à côte avec l'état obsédant ; chez les autres malades, l'obsession joue un rôle, c'est elle qui produit le délire, qu'importe la prédisposition du malade, car ce qui nous intéresse c'est l'évolution terminale de la maladie des obsessions. Le délire prend ici la forme du délire de persécution avec tendances mélancoliques, signalées par les auteurs, après J. Farlet. Les malades rapportent les persécutions qu'ils subissent à leur propre indignité, ils sont des victimes, mais coupables en même temps. Tout en accusant les autres, ils s'accusent eux-mêmes. Ce sont des persécutés auto-accusateurs. Ce délire nous paraît être un délire psychasthénique, sans toutefois qu'il soit propre à la psychasthénie. Ainsi donc chez les premiers malades, il s'agit d'une combinaison ;

chez les derniers c'est une terminaison de la psychasthénie par le délire. Mais dans les uns comme dans les autres cas, il s'agit d'une complication, parce que, comme le remarque M. Arnaud : « Le délire, quelles que soient ses relations avec l'état obsédant, est toujours composé, dans l'un et l'autre cas, d'éléments distincts des obsessions elles-mêmes, d'éléments *extrinsèques*, et en quelque mesure, étrangers à ces obsessions ».

Dans la troisième catégorie de faits, le délire se manifeste comme une émanation directe, une transformation progressive de l'obsession, il est constitué par l'obsession elle-même et les idées délirantes conservent tous les caractères généraux des obsessions ordinaires des psychasthéniques. MM. Raymond et Arnaud, dans un travail en collaboration, ont désigné ces faits par le terme de *délire proprement psychasthénique, de psychasthénie délirante*.

On rencontre cette forme de délire principalement chez les scrupuleux, c'est-à-dire chez les types purs psychasthéniques.

Mais il n'est pas rare de voir l'obsession, chez d'autres malades, déterminer certains états délirants auxquels on pourrait appliquer l'épithète générale de confusion mentale. Le délire prend ici la forme du délire métaphysique, ou du délire de rêve et délire onirique.

Mais si la maladie des obsessions évolue vers le délire psychasthénique, celui-ci peut évoluer à son tour ; peu à peu, il prend de la prépondérance dans

l'état maladif des sujets chez lesquels les symptômes psychasthéniques disparaissent et le malade verse dans la folie confirmée.

La distinction entre le délire psychasthénique et le délire vésanique n'est pas sans importance pratique. Le délirant psychasthénique est susceptible de grande amélioration et même de guérison, le délirant chronique ne guérit pas plus que les systématisés chroniques appartenant à d'autres formes cliniques.

# CONCLUSIONS

1° Le point de départ des obsessions est, le plus souvent, un état vague d'affaiblissement des fonctions vitales et surtout une dépression générale du système nerveux caractérisée par des troubles physiques et moraux, mais qui ne déterminent aucun sentiment pathologique. Plus tard, aux troubles précédents s'ajoutent des sentiments pathologiques : sentiment de faiblesse, de doute, d'inquiétude, de besoin de direction, etc., c'est-à-dire que la maladie se précise et s'oriente vers les états psychasthéniques, c'est l'incapacité du sujet à parvenir aux phénomènes psychologiques supérieurs.

Cette incapacité des psychasthéniques se manifeste au plus haut degré dans la fonction du réel, c'est à-dire dans les fonctions psychologiques qui jouent le rôle principe dans l'adaption exacte de l'individu à la réalité donnée et présente : « la volonté, l'attention, la croyance à ce qui existe actuellement, les sentiments agréables ou pénibles bien en rapport avec cette réalité. (1) »

1. F. Raymond et P. Janet. *Les Obsessions et la Psychasthénie*, II, introduction, p. XI.

En effet, les troubles les plus accentués se rencontrent dans l'acte volontaire et dans la perception de la personnalité réelle.

Les obsessions, les phobies et les différentes agitations diffuses ou systématiques, ne sont que l'expression de l'état mental psychasthénique.

2° De tous les troubles que l'on constate dans la psychasthénie, les troubles de la volonté sont les plus importants. Pendant que l'intelligence, la mémoire, le raisonnement sont relativement conservés, les fonctions de la volonté sont profondément atteintes.

Mais les fonctions de la volonté, envisagées dans leur signification la plus large, ne sont pas toutes également atteintes. « La lésion croît du moins actif ou plus actif » (1). Telle est la loi de l'activité volontaire : la dissolution suit une marche régressive du plus volontaire et du plus complexe au moins volontaire et au plus simple, c'est-à-dire à l'automatisme. Il s'ensuit que les manifestations volontaires les plus complexes doivent disparaître avant les plus simples, les plus simples avant l'automatisme. Ainsi, par exemple, les actions qui sont en rapport immédiat avec la réalité présente sont les premières perdues ; l'attention volontaire qui est la forme la plus haute de la volition est la première atteinte.

3° Mais M. Janet remarque avec raison que le

---

1. F. Raymond et F.-L. Arnaud. « Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements ». *In Annales médio-psychold,* 1862.

mot volonté « désigne des phénomènes déjà » différenciés et complexes, c'est pourquoi il cherche une altération qui puisse expliquer les lésions de la volonté, les aboulies elles-mêmes.

M. Janet la voit dans la perte de *la fonction du réel*, la plus difficile, la plus complexe des fonctions de l'esprit. Et par sa théorie de tension psychologique, parfaitement admissible, il explique fort bien le mode de production de tous les troubles de la psychasthénie, qu'il définit ainsi : « la tension psychologique c'est une synthèse nouvelle, une forte concentration des phénomènes psychologiques qui doivent faire partie de cette synthèse ».

« Le degré de la tension psychologique, ou l'élévation du niveau mental se manifeste par le degré qu'occupent dans la hiérarchie les phénomènes les plus élevés auxquels le sujet peut parvenir. » (1).

La fonction du réel exige le plus haut degré de tension ; la rêverie, l'agitation motrice, l'émotion exigent des tensions bien inférieures.

L'abaissement de la tension psychologique constitue son état maladif. Cet abaissement est général pour toutes les fonctions, mais l'effet est différemment ressenti par le sujet. L'action, l'attention, la présentification, qui exigent la plus haute tension, sont profondément troublées : les fonctions intellectuelles qui s'accomplissent à tension plus basse sont simplement insuffisantes, inachevées et incomplètes.

Par la manière dont l'homme réagit au milieu

1. Janet. *Les Obsessions et la Psychasthénie*, p. 496.

externe, le niveau mental s'élève ou s'abaisse. Si ce niveau est élevé, l'homme sera capable d'agir.

A chaque action, il faut l'élévation de la tension psychologique correspondante.

Lorsque le psychasthénique tend vers un but déterminé, il se peut que l'abaissement de son niveau mental ne lui permette pas d'arriver à l'acte voulu, alors, dit Janet : « toute la force insuffisante à produire un certain phénomène d'ordre supérieur peut ne pas se dépenser tout entière dans la réalisation d'un phénomène d'ordre inférieur ; il se fait alors des dérivations, c'est-à-dire que se dépense en produisant d'autres phénomènes non prévus et inutiles ; d'où *les agitations forcées diffuses ou systématisées.*

4° Le trouble profond du dynamisme mental, détermine chez les psychasthéniques des symptômes d'ordre *physique* et d'ordre *psychologique.* Ce dernier est de beaucoup le plus important.

Les symptômes physiques se résument en des troubles de la nutrition.

Les symptômes psychologiques se présentent à l'observateur de deux manières : les uns, les plus profonds, les premiers en date et en importance, ce sont les *stigmates* psychasthéniques ; les autres plus apparents, secondaires, transitoires, ce sont les *obsessions.*

Les stigmates psychasthéniques se présentent sous la forme de symptômes subjectifs et objectifs.

Les symptômes subjectifs sont les sentiments d'incomplétude : dans l'action, dans les opérations intel-

lectuelles, dans les émotions et dans la perception personnelle.

Les symptômes objectifs sont : les troubles de la volonté, les troubles de l'intelligence, les troubles des émotions et des sentiments.

Les obsessions sont des synthèses secondaires que la synthèse principale, représentant la conscience personnelle, est incapable de s'assimiler ou de chasser du Moi. Les obsessions apparaissent étrangères à la synthèse principale qui rentre en lutte contre elles, mais le plus souvent elle est obnubilée et parfois effacée pendant un instant. La cause de leur apparition c'est l'impossibilité pour le psychasthénique de s'adapter au milieu et aux circonstances ; d'un seul mot, c'est l'aboulie, qui préexiste aux obsessions et les prépare.

L'idée et l'élément émotif sont secondaires dans la pathogénie de l'obsession.

L'idée est une formule, un revêtement extérieur qui explique l'état obsédant suivant la préoccupation de l'esprit du malade.

5° L'évolution de la psychasthénie est variable.

La psychasthénie est susceptible de grande amélioration et même de guérison, dans la mesure où la psychasthénie peut guérir, comme le remarque si justement M. Arnaud ; de même elle peut persister indéfiniment.

Mais la maladie ne reste pas toujours dans sa forme simple, semblable toujours à elle-même, malgre le nombre d'obsessions, de phobies, de ma-

nies, etc, et comme le dit M. Lanterès (1) : « Le psychopathe lucide rappelle assez bien une pile électrique chargée... Quel que soit le point touché, il en jaillit aussitôt une étincelle, et suivant les circonstances, ces étincelles éclatent d'un côté, de l'autre simultanément ou isolément. »

6° Les observations que nous avons publiées dans la thèse nous montrent que la psychasténie peut se compliquer, ou, tout en restant identique à elle-même, prendre un développement exagéré et changer de physionomie.

Dans le premier cas, il s'agit d'une complication de l'état psychasthénique avec l'état délirant ; dans le deuxième cas, il n'y a pas de complication, c'est une terminaison rare de la maladie, c'est la *psychasthénie délirante ou délire proprement psychasthénique*, décrit par MM. Raymond et Arnaud.

Cependant la terminaison finale de la maladie des obsessions ne s'arrête par là. La persistance d'un certain degré de conscience critique, dernier vestige de l'état obsédant peut disparaître à la longue. le malade cesse d'être psychasthénique pour devenir un aliéné.

En résumé.

La psychasthénie est un état mixte. Elle est une des deux grandes psycho-névroses, l'autre c'est l'hystérie. Elle est voisine de la neurasthénie, elle se place à côté de l'hystérie.

---

1. Thèse de Paris, 1885, p. 129.

La psychasthénie est une maladie constitutionnelle. « Elle est l'aboutissement naturel d'une prédisposition lointaine et profonde, héréditaire ou congénitale, dont les effets se manifeste de bonne heure, dès l'enfance ou l'adolescence... Les futurs psychasthéniques avant d'être des malades caractérisés, sont déjà des anormaux du système nerveux (abouliques, scrupuleux, obsédés, tiqueurs, etc.) (1) ».

« Le psychasthénique est surtout un incomplet dans tous ses phénomènes pathologiques ; il a des impulsions, mais elles ne s'exécutent pas ; il a des hallucinations, mais elles ne paraissent pas réelles ; il a des idées obsédantes, mais il sait qu'elles sont fausses ; il a des périodes d'agitations, mais il ne va jamais jusqu'à l'attaque.

Ce caractère d'incomplétude se retrouve encore dans les phénomènes normaux qu'il a conservés, il ne se souvient pas bien, il ne fait pas bien attention, il n'agit pas bien.

En un mot, il est incomplet toujours et partout, mais jamais il ne va plus loin que cet état d'insuffisance générale ; il a surtout un voile qui n'enlève que les phénomènes psychologiques supérieurs, qui les enlève partout, mais qui ne détermine nulle part de lacune précise ou profonde (2). »

Ainsi donc le psychasthénique, c'est l'individu qui ne vit pas dans la réalité, car, ne voulant ou ne

1. *Névroses et Psycho-névroses*, Raymond.
2. P. Janet. *Les Obsessions et la Psychasthénie*, p. 734.

pouvant pas réagir sur elle, il ne s'adapte point au milieu ambiant. En conséquence, il y a diminution ou perte de la fonction du réel ; c'est-à-dire un trouble dans l'appréhension du réel par la perception et par l'action.

La volonté personnelle qui s'exerce dans l'activité de la vie ne fonctionne pas. Il se produit un engourdissement ou une amnésie dans les volitions qui relient l'homme à la réalité, d'où *l'hésitation psycho-motrice*. Par là, le psychasthénique ressemble à l'aphasique, dont l'intelligence est relativement conservée, mais incapable de parler. De même le psychasthénique est intelligent, quand il est incapable d'agir.

En un mot, c'est la situation d'Hamlet. Ce prince philosophe, capable de prononcer l'immortel monologue : « être ou ne pas être », est incapable d'agir. Il est dévoré par la conscience de son devoir, mais il n'agira pas. Il fera les réflexions les plus profondes sur l'âme et sur la vie, il étonnera le monde par son intelligence, mais il n'agira pas. Il aura l'idée obsédante de son devoir : L'obsession hallucinatoire ne lui donnera pas de repos, il souffrira, mais il n'agira jamais.

---

Vu : le président de la thèse,
RAYMOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

# BIBLIOGRAPHIE

*Arnaud.* — Sur la théorie de l'obsession. Archives de Neurologie, 1902, n° 76.

— Les obsessions. Traité de Pathologie mentale. Ballet.

*Bechteren.* — L'activité psychique et la vie.

*Dumas.* — La tristesse et la joie.

*Dallemagne.* — Physiologie de la volonté.

— Pathologie de la volonté.

*Farlet.* — Folie raisonnante ou folie morale. Soc. médico-psych., 8 janvier 1866.

*Féré.* — La pathologie des émotions.

— La famille névropathique.

*Gautier.* — La chimie de la cellule vivante.

*Gley.* — Etudes de psychologie physiologique.

*Grasset.* — Le psychisme inférieur. Les limites de la biologie.

*Hartenberg.* — Les timides et la timidité.

*Janet.* — Les obsessions et la psychasthénie.

— Névroses et idées fixes.

*Keraval.* — Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa. Archives de Neurologie, 1895.

*Lange.* — Les émotions.

*Le Dantec.* — De l'homme à la science.

*Loeb.* — La dinamique des phénomènes de la vie.

*Legrand du Saule.* — Folie du doute.

*Magnan* et *Legrain.* — Les dégénérés.

*Mandsley.* — Physiologie de l'esprit.

*Morel.* — Délire émotif.

*Murisier.* — Les maladies du sentiment religieux.

*Nageotte.* — La structure fine du système nerveux.

*Paulhan.* — La volonté.

— L'activité mentale et les éléments de l'esprit.

*Pierret.* — La rage au point de vue psychologique. Province Médicale, 1891.

*Pitres* et *Régis.* — Les obsessions et les impulsions.

— Séméiologie des obsessions. XII[e] Congrès de Médecine de Moscou, 1897.

*Raymond.* — Névroses et psycho-névroses.

*Raymond* et *Janet.* — Les obsessions et la psychasthénie, II, v.

— Névroses et idées fixes, II, V.

*Raymond* et *Arnaud.* — Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements. Ann. méd. psychol., 1892.

*Ribot.* — Les maladies de la volonté.

— Les maladies de la personnalité.

— La psychologie de l'attention.

*Richet.* — L'homme et l'intelligence.

— Psychologie générale.

*Séglas.* — Leçons cliniques.

*Sollier.* — Le mécanisme des émotions.

*Soury.* — Le système nerveux central.

*Stewart.* — La conservation de l'énergie.

*Taty* et *Toy*. — Des variétés cliniques du délire de persécution. Ann. méd. psych., 1897.

*Trélat.* — Folie lucide.

*Vachide* et *Vurpas.* — Psychologie du délire.

Imp. de la Faculté de médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.